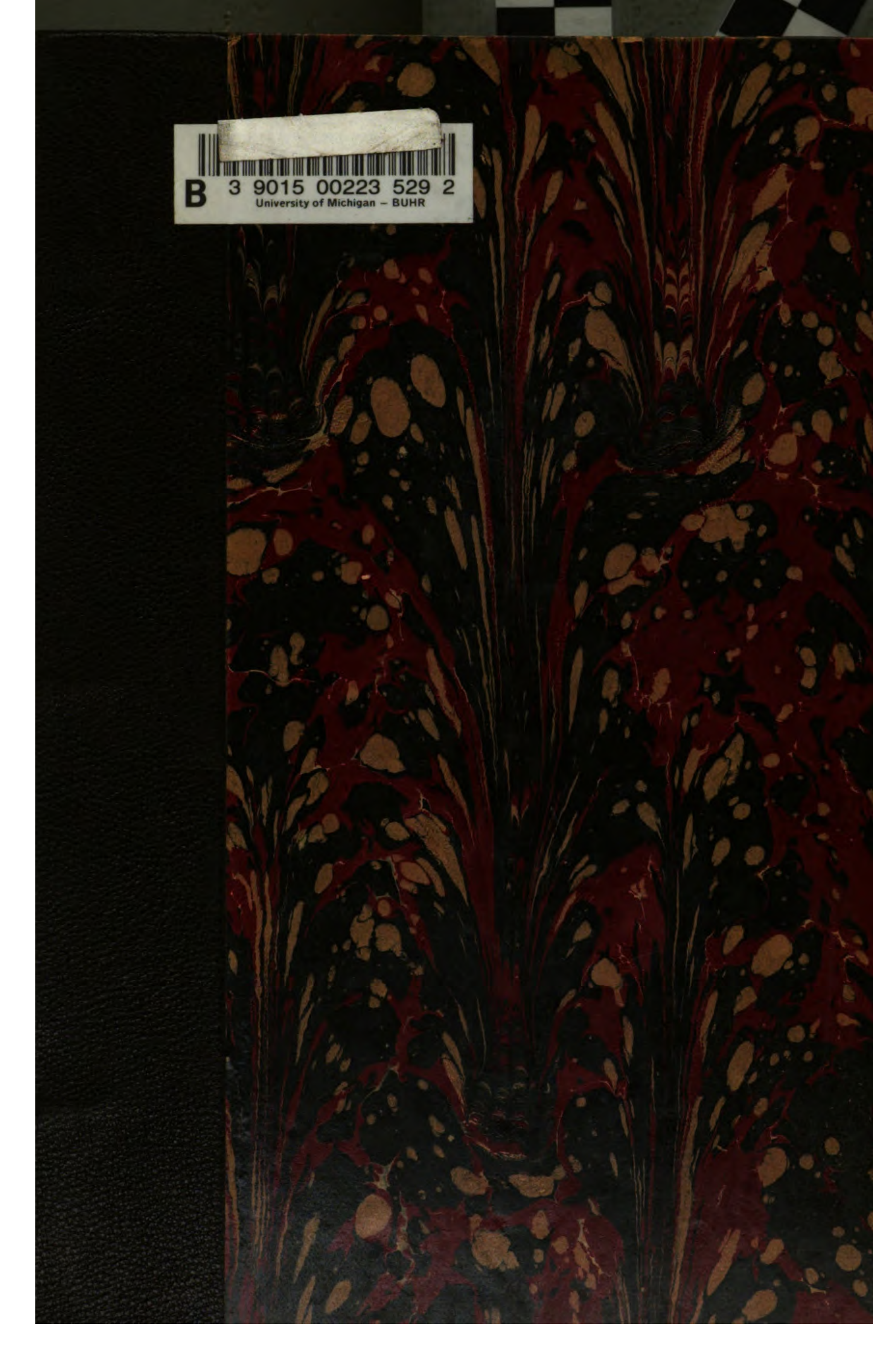
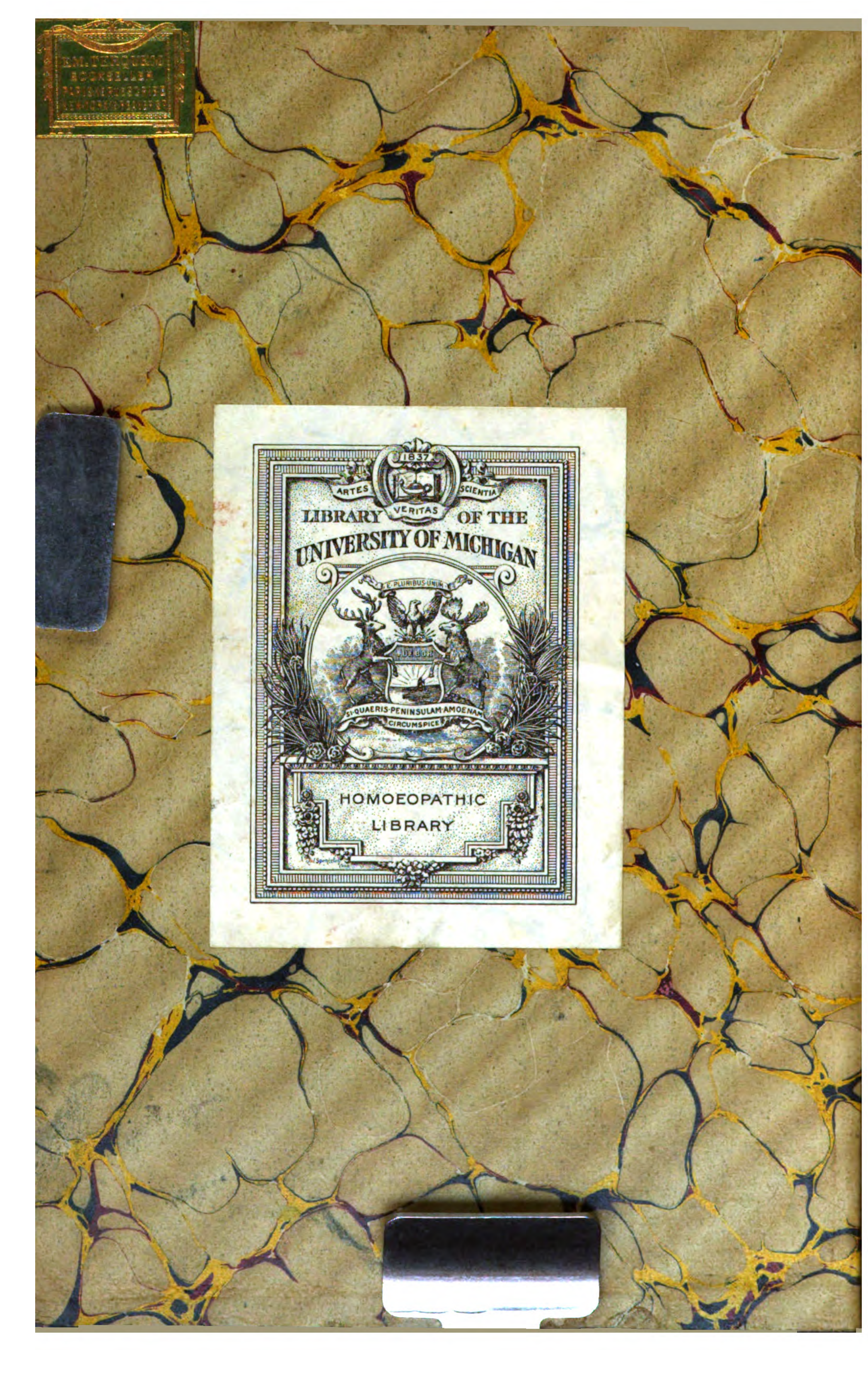

B 3 9015 00223 529 2
University of Michigan – BUHR


EM. TERQUEM
BOOKSELLER
1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
HOMOEOPATHIC
LIBRARY



H 616.5
478
415

L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE	NOSOGRAPHIE
ANATOMIE	ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE	SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

QUARANTE-CINQUIÈME ANNÉE
TOME LXXXVIII

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

1899

L'ART MÉDICAL

JANVIER 1899

DE LA DOCTRINE EN THÉRAPEUTIQUE

(*Extrait de la leçon d'introduction au cours d'homœopathie*, 14 janvier 1899).

Messieurs,

Nous avons maintenant à répondre à cette phrase du professeur Bouchard que je vous citais en commençant : « Nous n'avons pas de doctrine en thérapeutique ; vous, homœopathes, vous en avez une. Il serait donc à désirer que nous puissions discuter cette question avec vous. »

Il est vrai qu'en allopathie, il n'y a plus de doctrine en thérapeutique parce que la thérapeutique traditionnelle des contraires n'a plus de base aujourd'hui, au moins si on l'applique au traitement des maladies dites de *cause interne*.

La doctrine allopathique ou étiologique constituée par Galien reposait sur ces deux axiomes *contraria contrariis curantur* et *sublata causa tollitur effectus*. C'était bien une doctrine car elle était mue et coordonnée par les principes mêmes de la pathologie de Galien, par l'idée que se faisait ce grand médecin de la genèse des maladies. Les maladies consistaient dans une altération des quatre humeurs : bile, atrabile, phlegme et sang. La thérapeutique mue par cette idée se résolvait dans deux actes : combattre les

126

altérations des humeurs par le contraire de ces altérations; enfin compléter l'œuvre par l'évacuation des humeurs peccantes.

C'était là une doctrine thérapeutique formant un tout dans lequel les principes et leurs conséquences étaient reliés par une logique indiscutable.

Mais quand Harvey eut découvert la circulation du sang, quand il fut démontré que la bile n'était qu'une sécrétion provenant du sang, que l'atrabile n'était qu'une manière d'être de la bile, que le phlegme ou la lymphe était un liquide retournant à la grande circulation ; quand, en un mot, la doctrine des quatre éléments de Galien se fut effondrée pour toujours, la doctrine thérapeutique basée sur cette physiologie cessa d'être une doctrine ; et ce fut comme à la suite d'un mouvement acquis, mais sans aucune raison scientifique, que la thérapeutique galéniste continua à vivre.

A ce moment, M. le professeur Bouchard aurait pu dire, *il n'y a pas de doctrine thérapeutique.*

Les années se sont succédé, et les médecins, privés d'une doctrine dirigeante, livrés à la routine, à l'empirisme, aux systèmes les plus contradictoires, firent de la thérapeutique un art honteux et souvent dangereux.

Mais, malgré tout, les médecins conservaient un amour malheureux pour le contraria contrariis. Aussi, au début des travaux de bactériologie, pendant ces quelques années où l'on enseignait que le bacille pathogène était la cause prochaine, la cause qui engendrait la maladie, de telle manière qu'à chaque microbe correspondait une espèce morbide, comme à chaque graine correspond une espèce végétale, les médecins, convaincus qu'ils tenaient cette fois la vraie cause des maladies, que cette cause

n'était plus une hypothèse comme l'altération des quatre humeurs, mais un être réel qu'on pouvait voir, mesurer, cultiver et inoculer, inventèrent l'*antisepsie médicale* destinée à détruire le microbe pathogène, ressuscitant ainsi le vieux galénisme et ses deux formules : *contraria contrariis curantur, sublata causa tollitur effectus.*

Les faits marchent vite à notre époque; ce triomphe fut de courte durée, et bientôt l'opinion du bacille pathogène engendrant une maladie, comme une graine engendre une plante, devint une opinion surannée. Il fallut compter avec le terrain, avec le bouillon de culture, avec la complicité de l'organisme, disons mieux, avec la prédisposition définie. Et le professeur Bouchard disait très explicitement que la *thérapeutique pathogénique* qu'il proposait n'avait rien à voir avec la cause, que la thérapeutique pathogénique n'était, après tout, que l'étude attentive du processus morbide et que de cette étude naissait l'expectation quand la maladie tendait à la guérison et à l'emploi de la sérumthérapie dans les cas graves.

Devant cette dernière formule, nous accordons à M. le professeur Bouchard qu'il n'a pas de doctrine thérapeutique.

De la doctrine thérapeutique homœopathique.

Comme l'allopathie, la thérapeutique homœopathique a son principe dans la doctrine médicale et dans la manière dont cette doctrine comprend la maladie. Hippocrate est le père de cette doctrine comme Galien est le père de l'autre. D'après le médecin grec, c'est la nature qui fait sa maladie et c'est la nature qui la guérit : *natura medicatrix.* Van Helmont a exprimé, dans un langage plus philosophique, la même idée : La maladie est due à une

prédisposition morbide et la guérison à une prédisposition curative. Employant le langage de notre temps, nous disons : c'est la cellule organique qui fait la maladie et qui la guérit. Cette conception de la maladie débarrasse immédiatement la thérapeutique de toutes les hypothèses sur les causes, et par le même coup, des vertus non moins hypothétiques des médicaments. Il ne s'agit plus de trouver des antidotes pour lutter contre les causes morbides ou d'évacuants pour les éliminer ; la maladie étant produite par un certain mouvement de la cellule organique, la thérapeutique se résume à trouver des substances médicamenteuses qui agissent sur cette cellule.

L'action médicamenteuse recherchée sera-t-elle contraire ou semblable à la maladie. Il est absurde de poser une telle question parce que le contraire d'une maladie n'existe pas. Aussi il serait injuste de reprocher au galéniste d'avoir jamais recherché le contraire de la maladie, c'était le contraire de la cause qu'il cherchait.

Le contraire d'une maladie n'existe pas. Qu'est-ce que le contraire de la rougeole, de la méningite ou de la tuberculose ? L'action médicamenteuse curative devra donc être semblable ou analogue. Cet état existe. La matière médicale nous a montré tout à l'heure que les médicaments produisaient une sorte de maladie médicamenteuse, comparable aux maladies naturelles.

Peut-être reste-t-il un doute dans votre esprit ? Peut-être ne trouvez-vous pas assez rigoureux le raisonnement qui nous fait choisir une action analogue par ce seul fait que l'action contraire n'existe pas. Laissez-moi alors vous faire une démonstration par analogie et ici l'analogie est bien près de l'identité. Je vous disais, il y a quelques instants, que la loi de similitude ne s'appliquait

pas seulement à la cure des maladies, mais qu'elle s'appliquait encore à l'immunisation acquise, à la vaccination. Jenner inocule le cow pox, dont la pustule est presque identique à la pustule variolique et il confère l'immunité contre la variole : *Similia similibus curantur*. Pasteur inocule la moelle rabique, et il vaccine contre la rage : *Similia similibus*. Il inocule la toxine du *sang de rate* aux moutons, et il préserve ces animaux du charbon : *Similia similibus*. Le sérum de la peste, de la fièvre jaune sont des produits de la peste, de la fièvre jaune, ils confèrent l'immunité de la vaccination : *Similia similibus*. Mais la vaccination et la guérison des maladies sont deux actes de même nature et les sérums qui confèrent l'immunité sont aussi ceux qui guérissent : *Similia similibus curantur*.

Maintenant si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur la thérapeutique, nous distinguons dans la tradition deux doctrines thérapeutiques : celle des contraires et celle des semblables. A l'exemple d'Hippocrate — et devrions nous vous scandaliser — nous ne rejetterons ni l'une ni l'autre.

La doctrine des contraires est positive et scientifique au plus haut point à une seule condition, c'est qu'on la réserve pour les cas où elle est applicable.

La doctrine des contraires s'applique merveilleusement à la chirurgie. Là, la cause peut être saisie et enlevée. Les magnifiques applications de l'antisepsie chirurgicale se réclament du *contraria contrariis*. La cause des pyohémies qui décimaient les opérés réside dans un microbe introduit dans la plaie par le manuel opératoire lui-même, l'asepsie détruit le microbe ; les accidents ne se produisent plus : *sublata causa*.

La loi des contraires s'applique encore à la médication

palliative. Il s'agit de combattre un symptôme dangereux ou douloureux. C'est l'opium qui calme la douleur, le chloral qui fait dormir, le purgatif qui évacue. *Contraria contrariis.*

La doctrine thérapeutique homœopathique inapplicable en chirurgie est seule possible comme nous l'avons démontré dans le traitement des maladies dites de cause interne.

La doctrine thérapeutique homœopathique est tout entière, sauf les petites doses, dans Hippocrate. Elle est transmise par la tradition à Hahnemann, qui a eu le grand mérite de la rendre applicable, en créant la matière médicale expérimentale. Enfin son triomphe est assuré grâce aux travaux des laboratoires, travaux qui, par leur multiplicité et leur rigueur, ont démontré d'une manière victorieuse la vérité de la loi des semblables et de l'atténuation des doses.

Dr P. JOUSSET.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

(SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE)

J'ai réuni ici quelques observations (1) des malades que j'ai soignés à l'hôpital Saint-Jacques en y joignant une observation de ma pratique de ville.

(1) Les observations ont été lues à la *Société française d'homœopathie* (séance de décembre dernier) et ont été le point de départ d'une discussion.

Les trois premières observations se rapportent à des diabètes sucrés; les deux premiers malades ont éprouvé un grand bien du traitement opothérapique par le pancréas et le foie; leur guérison, au moins passagère, dure depuis assez longtemps pour qu'on puisse espérer qu'elle devienne définitive. Le troisième cas, au contraire, n'a donné qu'une simple diminution dans la quantité de sucre excrété; le moment est arrivé pour moi de quitter le service avant d'avoir pu reprendre le même traitement à doses plus fortes. La guérison rapide et complète de l'ulcère de jambe ne me paraît pas devoir être imputée seulement aux greffes épidermiques, mais je crois que le traitement antidiabétique y a joué un rôle favorable.

Un certain nombre d'autres diabétiques ont été traités de la même manière par mon père et par moi; chez presque tous, le traitement opothérapique a été suivi d'une diminution dans la quantité du sucre, dans la quantité des urines rendues et d'une grande amélioration dans l'état général; cet effet favorable a été une véritable guérison dans quelques cas, une grande amélioration chez un grand nombre de malades; une amélioration passagère chez quelques-uns. Enfin, chez certains malades, moins nombreux il est vrai, l'administration du pancréas et du foie, en extrait glycériné préparé suivant le modus faciendi indiqué par Brown-Séquard n'a produit absolument aucun effet.

Observation I

Diabète sucré.

M. C..., 54 ans, s'étant présenté à une compagnie d'assurances, on a découvert du sucre dans les urines; les urines sont un peu plus abondantes que la normale, pas

de polyphagie, pas de soif, peu d'amaigrissement, pas d'impuissance, mais diminution dans les désirs sexuels.

Le 6 février 1897. Sucre 53 gr. 23 par litre, pas d'albumine. Extrait hépatique et extrait pancréatique XX gouttes par jour, un jour l'un, un jour l'autre.

Le 18 mars. Mieux. Sucre 3 grammes par litre, même traitement.

Le 22 juin. Plus de traces de sucre, même traitement.

Le 26 octobre 1898. S'est toujours bien porté depuis, les urines pèsent 1.022, elles sont légèrement teintées avec la potasse caustique. Le pharmacien estime qu'elles peuvent contenir 2 grammes de sucre par litre.

Reprise du traitement pour vingt jours.

Observation II

Diabète sucré.

M. V...., 56 ans, marchand de vins en gros, vint me trouver le 16 mars 1895 ; faiblesse, soif, impuissance complète, amaigrissement de 30 livres en quelques mois, colère et violent ; 45 grammes de sucre par litres, 3 litres dans les vingt-quatre heures : 2 pastilles de pancréas matin et soir ; en outre *azotate d'urane* (2e trit.) et *sizygium jambol.* (1re trit.) un jour l'un, un jour l'autre. Régime relatif.

Le 12 avril. 2 litres, 12 grammes de sucre. Même traitement.

Le 15 juin. Il n'y a plus de sucre.

Le 16 novembre. Engraissé de 20 livres, se porte très bien, l'impuissance a disparu.

En juin 1897. Légère rechute ; 11 grammes de sucre par vingt-quatre heures ; extrait de pancréas et extrait

de foie, XX gouttes par jour, un jour l'un, un jour l'autre.

Le 6 août. Le sucre a augmenté : 16 grammes; il a eu de grosses difficultés dans ses affaires, j'ajoute l'azotate d'urane (2e trit.) au traitement précédent; depuis le 21 septembre 1897 il n'a plus rien eu.

Observation III

Syphilis; ulcère de jambe; diabète sucré.

Femme de 48 ans, ayant eu une syphilis dont l'accident primitif est passé inaperçu; accidents secondaires vers l'âge de 20 ans : roséole, céphalée, perte de cheveux; accidents tertiaires : gommes ulcérées du visage et du frontal, ayant laissé au niveau de l'os une entaille à l'emporte-pièce d'un diamètre de 2 centimètres, et des cicatrices indélébiles, blanches, gaufrées.

Depuis vingt ans, ulcère de la jambe gauche un peu au-dessus des malléoles, entourant le membre comme un bracelet sur une hauteur variant de 6 à 15 centimètres.

Cet ulcère n'a jamais présenté d'amélioration.

Lorsque je prends le service, j'essaie successivement sans résultat : *clematis, hydrastis* (*intus et extra*).

Ayant fait analyser les urines le 10 octobre, on constate 60 grammes de sucre par litre; cependant il n'existe ni polydypsie, ni polyphagie, tout au plus une légère polyurie. *Extrait hépatique* et *extrait pancréatique*, un jour l'un, un jour l'autre, XX gouttes par jour; greffes épidermiques.

Le 25 octobre, le sucre est tombé à 38 grammes par jour, mais malgré la continuation du traitement il re-

monte à 48 grammes par litre, le 15 novembre. *Azotate d'urane* (1).

Au moment où je quitte le service, le 30 septembre, le sucre est remonté à 50 grammes par litre. Si j'avais pu continuer le traitement, j'aurais repris l'extrait de foie et l'extrait de pancréas.

L'ulcère de jambe est aujourd'hui complètement guéri sous l'influence des greffes épidermiques et peut-être du traitement diabétique.

Observation IV

Syphilis tertiaire.

Une femme de 48 ans, sage-femme, est restée quelques temps dans le service pour une syphilis tertiaire (gomme ulcérée du cou) et a été traitée par le traitement classique: iodure de potassium, 2 grammes par jour et une injection sous-cutanée de 5 centigrammes de sublimé tous les huit jours.

L'intérêt de son observation est que l'iodure était très mal supporté par la malade ; qu'il produisait une douleur de gorge très intense et, au bout de quelques jours d'administration, une toux quinteuse incessante, très fatigante ; l'administration de quelques gouttes de *belladona* (TM) pendant les premiers jours de l'emploi de l'iodure a beaucoup atténué la douleur de gorge et *ambra grisea* (2e trit.) a fait disparaître la toux quinteuse après insuccès de *drosera* (6).

L'observation suivante se rapporte à une malade assez gravement atteinte de métrite et de salpingite. La guérison était presque complète à son départ et a été amenée par des soins locaux bien simples et par le traitement interne ;

j'ai plusieurs fois observé des cas analogues et j'ai cité ici même une observation de guérison, suivie de deux grossesses. Par contre il existe des cas où le traitement médical est impuissant et où on est obligé de recourir au curetage et même à l'ablation des annexes,

Dans ce cas, *hydrastis* et *actœa racemosa* ont été les seuls médicaments administrés ; ce sont ceux qui me réussisent le plus souvent, mais je me suis bien trouvé aussi de *cantharis*, *d'apis*, *de belladone* et de *colocynthis*.

Observation V

Métro-salpingite.

Femme de 29 ans, fièvre typhoïde à 11 ans, réglée à 14 ans 1/2, très régulièrement jusqu'à l'âge de 20 ans, où elle se marie. Elle a eu 5 enfants.

Le dernier accouchement a eu lieu il y a un an et demi et a été laborieux ; dans l'intervalle de ses grossesses, ses époques ont toujours été très irrégulières, plutôt en avance, s'accompagnant de douleurs violentes dans le ventre ; elle avait aussi des pertes blanches.

Depuis un an environ, les douleurs abdominales augmentent et persistent entre les époques, avec redoublement à ce moment.

Elle entre le 27 avril, très anémiée ; pâleur, prostration, palpitation et anorexie. *Arsenic* (2e trit.) pendant sept jours, puis *avena sativa* (TM) jusqu'au 20 septembre ; sous l'influence de ce traitement, l'appétit est revenu.

Le 20 septembre. Je prends le service. Depuis deux jours, époque forte et douloureuse, *actœa racem.* (1/10).

Le 24, l'époque est terminée ; par le toucher vaginal combiné avec le palper, je constato que le cul-de-sac latéral gauche est saillant, douloureux, occupé par les annexes

augmentées de volume; cette tuméfaction occupe une partie du cul-de-sac postérieur : *hydrastis* (TM) X gouttes par jour, repos absolu au lit; injections très chaudes le matin, puis tampons d'ouate imbibés d'un glycérolé d'hydrastis (5 grammes pour 50).

Ce traitement est continué jusqu'au 12 octobre; sous l'influence des tampons, la malade perd une très grande quantité de liquide.

Le 12. La malade souffre beaucoup moins de son ventre, mais pour préparer l'époque et diminuer les douleurs qui sont ordinairement plus fortes à ce moment je donne *actœa racem*. (1/10), V gouttes; continuation des tampons.

Le 19. Les époques qui étaient venues le 18, ne paraissent pas encore, *pulsat*. (6).

Du 20 au 24, époque moins forte et moins douloureuse. Suppression du traitement.

Du 24 au 26, *allium-cep*. (6) pour un coryza intense.

Le 26, le toucher montre une grande amélioration de l'état local; le cul-de-sal latéral gauche est toujours empâté, mais la tuméfaction est moindre et beaucoup moins douloureuse ; le coryza étant guéri, reprise du traitement par les tampons et par *hydrastis* à l'intérieur.

Le 30, la malade se plaignait d'insomnie, j'ajoute au traitement une potion pour le soir contenant *stramonium* (1/10), V gouttes. Pendant le mois de novembre, l'état continue à s'améliorer, la malade est obligée de partir vers le 10, en état véritablement très satisfaisant; les lésions locales sont presque complètement résolues, les forces sont revenues.

Cette dernière observation appartient à ma pratique de ville. Il n'y a que là, en effet, que l'on puisse suivre les

malades suffisamment longtemps pour constater ce qu'ils deviennent au bout de cinq ans. Cette phtisie pulmonaire paraît guérie et cependant le diagnostic paraît incontestable.

Observation VI

Phthisie pulmonaire.

Le 8 janvier 1894 une de mes clientes m'amène une de ses nièces, Mlle C..., âgée de 21 ans, qui est phthisique depuis environ deux ans, qui a fait deux saisons au Mont-Dore et qui, depuis trois mois, a été soignée par M. Mathieu (d'Estissac) qui lui a fait des injections sous-cutanées d'un liquide contenant plusieurs médicaments homœopathiques, mais dont nous ne connaissons pas la composition.

Ce traitement a amené une grande amélioration dans l'état de la malade au dire de sa tante, mais elle ne veut plus retourner voir ce médecin.

A ce moment, je constate du côté du sommet gauche quelques craquements en avant avec du retentissement de la voix ; en arrière une matité relative avec diminution du murmure vésiculaire, retentissement de la voix et augmentation des vibrations thoraciques ; à ce moment elle pèse 105 livres. *Aviaire* (12).

Le 6 février. Etat stationnaire, 106 livres. Traitement de Martiny : *iodure d'arsenic* (6) et *calcar. phosph.* (6), un jour l'un, un jour l'autre.

Je reçois une lettre du D[r] Mascarel, du Mont-Dore, à qui j'avais demandé des renseignements sur l'état de la malade lorsqu'elle y avait été faire une saison ; il m'écrit qu'à son arrivée au Mont-Dore, le 2 juillet 1892, la malade était très pâle, très affaiblie, fort mal réglée ; qu'elle avait

le pouls fréquent; des sueurs le matin au réveil; des signes de tuberculose au 2e degré au sommet gauche : matité, râles humides abondants sous la clavicule, sous l'aisselle et dans la fosse sus-épineuse.

Depuis, je n'ai plus revu la malade ; elle m'a écrit le 8 mars 1894 qu'elle était mieux et qu'elle avait augmenté de poids, 108 livres.

Le 7 mai, le mieux continuait, 112 livres ; même traitement.

Le 9 août, elle ne tousse presque plus, 116 livres ; même traitement.

J'ai vu il y a quelques jours la mère de cette malade qui m'a dit qu'elle ne toussait plus, se portait très bien et était mariée.

Dr Marc Jousset.

ETIOLOGIE

Contagion de la tuberculose d'après Flugge

Sous ce titre : *Des études à faire sur le mode de propagation de la phtisie*, le professeur Flügge a publié, dans le numéro du 14 octobre 1897, du *Deutsche medicinische Wochenschrift*, un travail dont on commence à s'occuper en France et qui, si ces résultats étaient confirmés, modifierait complètement les idées courantes sur le mode de propagation de la tuberculose et réduirait à néant les moyens étudiés par les académies et les congrès pour arriver à l'extinction de cette maladie.

Flügge commence par reprocher aux médecins de

s'endormir dans une fausse sécurité sur cette opinion que la tuberculose se transmet surtout « par la respiration de crachats tuberculeux desséchés et mêlés à l'air sous forme de poussières. »

« Pendant des mois, dans cette théorie, le crachat desséché resterait dangereux. Les habitations, les chambres d'hôtel, les compartiments de chemin de fer, les vêtements et les lits pourraient toujours laisser dégager dans l'air des poussières infectieuses.

« Nos mesures de précaution contre la phtisie ont en conséquence pour but d'empêcher le déssèchement des expectorations et tous nos procédés de préservation sont imaginés pour obtenir ce résultat. Les crachats sont recueillis dans de petits vases, les lits et les habitations des phtisiques sont désinfectés et, ces précautions prises, on considère le danger de contagion comme écarté.

« Est-ce que ces opinions et ces précautions se justifient par des examens concluants ou par des expériences démonstratives ?

« Absolument non. »

Flügge reproche à Cornet d'être persuadé à l'avance que le crachat desséché est l'unique source dangereuse d'infection. Et il trouve que ses expériences n'ont apporté aucune preuve à l'appui de cette opinion.

Flügge ajoute : la démonstration causale de la poussière de crachats n'a pas été fournie. Puis il rapporte les travaux que nous avons déjà souvent cités sur ce sujet : Ciréna et Pernice, Thomas, Cadeac et Mallet, Celli et Guariéni, etc.

Par opposition, il cite les expérimentations presque toutes positives obtenues avec de l'eau tenant en suspen-

sion la poussière tuberculeuse et pulvérisée dans l'atmosphère respirée par les animaux en expérience.

Des recherches de son assistant, Flügge conclut que les poussières les plus fines contenant le bacille de la tuberculose sont beaucoup plus lourdes et plus difficiles à déplacer que les poussières contenant le staphylocoque et le streptocoque. Il attribue cette pesanteur plus grande de la poussière tuberculeuse au mucus toujours uni aux bacilles. Il ajoute que pour atteindre une légèreté qui leur permette d'être transportées par les faibles courants de nos appartements, les poussières tuberculeuses doivent être tellement desséchées que le bacille de la tuberculose perd toutes ses propriétés.

Ces considérations nouvelles présentées par le travail que nous analysons rendent de plus en plus invraisemblable le danger de la contagion par les crachats desséchés. Ici Flügge examine la théorie nouvelle qu'il propose et rapporte les expériences fort ingénieuses instituées pour cette démonstration.

Voici la théorie de Flügge : quand un malade tousse, éternue ou parle à haute voix, il projette, surtout dans les accès de toux, des gouttelettes — vulgairement des postillons — qui en raison de leur grosseur et de leur poids relatif tombent à terre, auprès du malade. Les gouttelettes grossières n'offrent aucun danger de contagion, mais en même temps qu'elles se forment de très fines gouttelettes invisibles mais dont l'existence est démontrée par l'expérience. Ces fines vapeurs restent en suspension des heures entières. Elles peuvent contenir des bacilles et dans une expérience faite avec une bactérie très caractéristique, *le bacillus prodigiosus*, on a pu observer que des gouttelettes contenant ce bacille ont été portées, même au travers

d'une étoffe, à 10 mètres de distance, sur des plaques d'Agar.

Il restait à savoir si le crachat visqueux des phtisiques peut arriver à une division assez grande ponr former des gouttelettes aussi fines et aussi facilement transportables que le *bacillus prodigiosus*. On a obtenu ce résultat en projetant à l'aide d'une seringue un crachat tuberculeux d'une viscosité moyenne. Mais l'expérience suivante est plus démonstrative. On fait tousser un phtisique isolé dans une grande caisse en verre et on recueille dans des vases contenant un peu d'eau et *placés dans le haut de la caisse* des bacilles qui ont donné la tuberculose à des animaux. Je ne rapporte pas une troisième expérience, celle-ci étant assez concluante et démontrant que certains phtisiques en toussant produisent, en dehors des grosses gouttelettes qui tombent à leurs pieds, une sorte de *spray* qui peut s'élever dans l'air à une assez grande distance et que ces fines gouttelettes contiennent des bacilles de la tuberculose inoculables aux animaux.

A ce propos, Flügge rappelle que tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le mode le plus certain de transmettre la tuberculose aux animaux est la pulvérisation d'un liquide contenant le bacille. Il rappelle les expériences de Tappeiner, de Koch, de Cadeac et Mallet que nous avons souvent citées. Ce mode de transmission est tellement puissant que Gebhart a pu contaminer des animaux avec des crachats dilués au 1/10000ᵉ.

La pulvérisation de crachat tuberculeux dans l'eau aurait même rendu tuberculeux le garçon de laboratoire de Tappeiner et deux chiens qui étaient dans le même local ; mais des expériences faites par le même Tappeiner avec

des lapins restés en contact plusieurs mois avec des phtisiques tousseurs ont été complètement négatives.

Cette expérience qui a été répétée deux fois prouve, suivant nous, qu'il ne faut pas conclure des pulvérisations riches en bacilles faites dans les laboratoires avec ce qui se passe au voisinage des phtisiques.

Aussi Flügge tout en affirmant la possibilité de la propagation de la phtisie par les gouttelettes échappées de la bouche des malades qui toussent, ne conclut pas à une fréquence quelconque de cette cause. Il reconnaît au contraire que « le danger existe à peine si le malade tousse rarement avec précaution, ou *si pendant les accès de toux il empêche avec son mouchoir la projection des gouttelettes.* »

Un peu plus loin Flügge exprime encore la même pensée : « En somme le danger d'infection par la respiration des gouttelettes n'est pas si grand qu'il paraît à première vue. Il est présumable qu'avec des moyens très simples et en s'écartant de ceux qui toussent sans précaution on n'a rien à redouter des relations accidentelles avec les phtisiques. »

Il faut remarquer, en effet, que c'est seulement en plaçant les malades dans des cages de verre relativement étroites et en produisant ainsi une forte concentration des particules répandues dans l'air que les expériences ont été faites. Et Flügge ajoute : « Nous avons recueilli des bacilles *dans quelques cas*, et dans les autres le résultat a été négatif. »

Après avoir invité les médecins à répéter, en les variant, ces expériences, Flügge conclut en ces termes : « Si les recherches ultérieures confirment l'opinion jusqu'ici vraisemblable que les gouttelettes sont l'élément, sinon exclusif du moins principal, de la contamination de l'air, cela

déterminera un changement complet de nos mesures prophylactiques et, conséquence à noter, facilitera les relations des phtisiques avec les personnes saines. Les gouttelettes, en effet, disparaissent toujours de l'air dans un temps relativement très court ; elles se dessèchent ; à ce moment, leur rôle, comme germe aérien, est terminé ; elles ne peuvent plus nuire que dans les cas infiniment rares d'infection par contact. »

Quelle conclusion découle naturellement de ce travail et de ces expériences ? C'est d'abord, ce qui était bien connu, que la transmission de la tuberculose par la pulvérisation d'eau pleine de bacilles de Koch en suspension est un moyen puissant de transmission de la tuberculose et que la transmission par poussière sèche est, d'après la plupart des expériences, extrêmement douteuse. Flügge donne de ce phénomène une raison qui lui est propre, c'est que les poussières, résultat d'expectorations desséchées, sont beaucoup trop lourdes pour être entraînées dans l'atmosphère et que, après un temps très long, et une dessiccation poussée à l'extrême, elles sont susceptibles de se mêler à l'atmosphère alors que les bacilles ne sont plus vivants.

Le fait nouveau qui ressort des expériences de Flügge c'est qu'en toussant les phtisiques, en dehors des gouttelettes visibles de mucus qui leur échappent, lancent dans l'air une sorte de spray susceptible de s'élever dans l'atmosphère et de s'étendre au loin, et que, d'après les propres expressions de l'auteur, ces fines gouttelettes contiennent QUELQUEFOIS le bacille de la tuberculose. Cette contamination de l'atmosphère par la toux des phtisiques peut-elle être un moyen de la transmission de la tuberculose ? Les expériences de Tappeiner sur les lapins

prouveraient le contraire. Quant au garçon de laboratoire frappé de phtisie aiguë, il ne faut pas oublier qu'il a respiré non pas l'atmosphère qui entoure les phtisiques, mais une pulvérisation chargée de bacilles.

Je ne pense pas que des expériences ultérieures modifient beaucoup les premiers résultats fournis par Flügge. Je persiste à croire que *chez l'homme* la contagion joue un bien petit rôle dans la transmission de la tuberculose et si la *voie humide* est plus puissante que la *voie sèche* nous en serons quitte pour remplacer nos crachoirs par des mouchoirs.

Je terminerai par un conseil à mes confrères. Au lieu de s'attarder à la contagion qui n'est qu'un mirage, qu'ils surveillent et qu'ils règlent autant qu'il le pourront l'hérédité qui est la véritable source de la propagation de la tuberculose dans notre société.

P. JOUSSET.

SÉROTHERAPIE

LA PROPRIÉTÉ PRÉVENTIVE DU SÉRUM ANTIVENIMEUX RÉSULTE D'UNE RÉACTION DE L'ORGANISME. C'EST DONC EN RÉALITÉ UNE PROPRIÉTÉ VACCINANTE, par M. PHISALIX.

Le sérum antivenimeux obtenu par vaccination du cobaye contre le venin de vipère, possède des propriétés antitoxiques et thérapeutiques. Il peut également, quand on l'inocule vingt-quatre heures avant le venin, préserver l'animal contre les effets de ce dernier. La propriété préventive et la propriété curative du sérum sont d'ailleurs

deux propriétés distinctes, inégalement développées. Car, si l'on emploie de faibles quantités, on peut, par inoculation préventive, conférer une forte immunité contre le venin, alors que la même dose n'a pas d'action curative.

De même, la totalité du sérum d'un cobaye faiblement immunisé peut n'avoir qu'une action antitoxique très faible, tandis qu'une partie seulement de ce même sérum possède des propriétés préventives. Cela démontre que les processus physiologiques qui aboutissent à la formation du sérum uniquement préventif d'une part, du sérum à la fois préventif et antitoxique d'autre part, se développent dans l'organisme d'une manière inégale et successive.

Cette production *in vivo* du sérum antivenimeux a lieu en deux phases que l'on retrouve dans la destruction lente par le temps de ce même sérum conservé *in vitro*.

Expérience I. — Du sérum antivenimeux dont 6 centimètres cubes pouvaient annihiler, sur le cobaye, l'effet d'une dose mortelle de venin injecté en même temps ou vingt minutes après, fut abandonné à lui-même pendant un an et demi, à l'obscurité. Essayé de nouveau, à la dose de 6 centimètres cubes, il avait perdu ses propriétés curatives et thérapeutiques, mais avait conservé son action préventive.

Quelle est la véritable cause de cette action préventive? Elle réside à coup sûr dans une réaction de l'organisme, comme le démontrent les expériences suivantes :

Expérience II. — On inocule à un cobaye 3 centimètres cubes (dose préventive minima) d'un sérum qui est curatif à la dose de 12 centimètres cubes. Au bout de

vingt-quatre heures, on saigne l'animal et on inocule 3 centimètres cubes de son sérum à un deuxième cobaye. Ce dernier, vingt-quatre heures après, est éprouvé par une dose mortelle de venin de vipère. Or il résiste : *il est vacciné.*

Expérience III. — On inocule 3 centimètres cubes de sérum antivenimeux à un premier cobaye qui est saigné au bout de vingt-quatre heures. 5 centimètres cubes de son sérum sont injectés à un second cobaye. Celui-ci est saigné à son tour vingt-quatre heures après, et 5 centimètres cubes de son sérum inoculés à un troisième cobaye. Ce dernier est éprouvé le lendemain avec du venin de vipère. Il est aussi bien vacciné que le cobaye de l'expérience précédente.

Il est évident que l'état d'immunisation transmis par ces inoculations en série ne peut être attribué *au simple transport du sérum antivenimeux reçu par le premier cobaye*, car une grande partie de ce sérum s'est fixé dans les organes ou s'est éliminé ; le dernier cobaye en a reçu une quantité trop faible pour lui permettre de réagir contre le venin. Il faut donc admettre l'intervention de l'organisme ; c'est-à-dire que *la propriété préventive du sérum antivenimeux résulte d'une réaction vaccinale.*

Toutefois, cette réaction vaccinale n'est pas assez puissante pour engendrer, du moins en quantité suffisante, des substances curatives. Cela résulte de l'expérience suivante :

Expérience IV. — Deux cobayes reçoivent chacun sous la peau 5 centimètres cubes du même sérum antivenimeux que dans l'expérience II. Au bout de vingt-quatre heures on les saigne ; leur sérum, 12 centimètres

cubes, est injecté dans la cuisse droite d'un troisième cobaye, dont la cuisse gauche reçoit en même temps une dose mortelle de venin. Il ne s'est produit aucun effet antitoxique ; l'animal est mort en sept heures.

Un animal peut donc être vacciné sans que son sang ait encore acquis des propriétés curatives manifestes.

Il semble qu'il existe deux degrés d'immunisation : dans le premier, l'animal produit la quantité d'antitoxine nécessaire pour le protéger : *vaccination simple* ; dans le second, il en produit assez pour que son sérum soit efficace pour d'autres animaux : *hypervaccination*.

De plus, le sérum d'un cobaye vacciné au premier degré, quoique non curatif, peut provoquer chez un autre animal la même réaction vaccinale et ainsi de suite.

Cela démontre que l'organisme, sous l'influence des vaccins, *réagit par ses sécrétions internes, et que les produits de ces sécrétions ont la propriété d'exciter à nouveau la fonction vaccinale chez d'autres animaux. En un mot, ce sont des produits vaccinogènes.*

La propriété préventive apparaît avant et disparaît après la propriété curative ; de même elle persiste la dernière dans le sérum conservé *in vitro*.

Enfin le sérum agit à la fois comme antitoxique et comme vaccin. (*Société de Biologie,* 11 mars 1898).

Le numéro de décembre de l'*Art médical* contient une note destinée à démontrer que les substances immunisantes (vaccinantes) et curatives sont produites par l'organisme. La communication de M. Phisalix arrive à la même conclusion.

M. Phisalix, par ses inoculations en série, démontre fort bien qu'*un simple transport de sérum antivenimeux* ne

peut suffire à expliquer l'immunisation, mais qu'on est obligé d'admettre un travail de l'organisme pour créer, à l'aide du premier vaccin, un nouveau sérum ayant la propriété immunisante.

C'est la cellule organique qui fait l'*immunisation*, quand elle est mue par une substance vaccinante et elle produit en même temps, un sérum vaccinant; comme c'est la cellule organique qui fait la *guérison* quand elle est impressionnée par une toxine curative dite antitoxine.

D[r] Xavier.

THÉRAPEUTIQUE

Nouvelles expériences sur le traitement de la tuberculose expérimentale. Injections d'eau iodée dans les poumons. Action de la térébenthine en inhalations.

MM. Héricourt et Ch. Richet continuent à étudier le traitement de la tuberculose expérimentale. Il ne leur paraît pas, en effet, qu'on ait le droit, dans les laboratoires de physiologie, de se désintéresser de cette question, et la difficulté du problème n'est pas une raison pour l'abandonner.

Et d'abord, il résulte de leurs expériences antérieures que des injections par le larynx, dans les bronches, de 200 centimètres cubes d'eau iodée contenant moins de 0 gr. 25 d'iode par litre, ne sont pas nuisibles. Aussi ont-ils songé à faire ces injections dans le poumon de chiens tuberculeux.

On pousse en 2 ou 3 minutes les 200 centimètres cubes

d'eau iodée dans la trachée de l'animal, anesthésié au préalable par la morphine et chloroformé.

Les injections sont faites tous les quinze jours environ.

Les expériences portent sur 42 chiens. 7 ont été rendus tuberculeux par une injection de tuberculose dans la trachée. Pour les 35 autres, l'injection a été poussée dans la veine. Malgré le résultat défavorable de la première expérience (tuberculose dans la trachée), la statistique n'en est pas moins concluante.

Si l'on rapporte à 100 la durée de la vie des témoins, on peut ainsi résumer la série d'essais faits par MM. Héricourt et Richet :

12 témoins.	100	Moyenne : 103
11 traités.	107	
3 iode 0,05.	83	
7 iode 0,10.	149	
5 iode 0,15.	196	
4 iode 0,20.	101	

Les 11 chiens traités l'ont été soit par des injections de mercure, soit par des injections d'eau chaude. Ce traitement n'ayant produit aucun effet, on peut les assimiler aux témoins.

Conclusions :

1° Les injections d'eau iodée dans le poumon ne guérissent pas la tuberculose ;

2° Elles en retardent notablement l'évolution ;

3° La dose la plus favorable est d'environ 15 centigrammes d'iode libre par litre d'eau.

MM. Héricourt et Richet ont ensuite étudié l'action de la térébenthine en inhalations.

Voici comment ils procèdent dans leurs expériences :

Les chiens sont mis dans une cage close présentant un orifice d'entrée et un orifice de sortie. Par l'orifice d'entrée ils font arriver, poussé par une trompe foulante, de l'air qui a barboté dans un flacon contenant une certaine quantité de térébenthine, 12 grammes pour une heure. La cage contient 800 litres d'air, la trompe en envoie 400, la proportion de térébenthine sera donc de 1 gramme pour 100 litres.

Le 7 mars 1898, ils injectent à 11 chiens un demi-centimètre cube d'une culture de trois mois de tuberculose humaine.

Les résultats ont été les suivants :

		Mortalité p. 100	Durée de la vie en jours. (au 13 novembre.)		
Témoins.	III	100	20-27-49	Moy.	32
Inject. trachéales d'iode à 0,15 par litre. . .	III	66	24-66-251	—	114
Injections de térébenthine dans la veine.	II	100	45-84	—	64
Inhalations de térébenthine.	III	28	24-251-251	—	175

3 chiens ont survécu : l'un a reçu des injections d'eau iodée dans le poumon; les deux autres ont été traités par des inhalations de térébenthine.

Ces inhalations duraient une heure. Elles ont commencé le 14 mars, une semaine après l'infection, et ont été continuées jusqu'au 2 août : d'abord tous les quatre jours, puis elles ont été plus espacées en juillet et en août.

L'effet salutaire des inhalations de térébenthine n'est donc pas discutable. Et cela d'autant plus que si, dans cette expérience, le nombre des témoins n'est que de 3, ce nombre doit être notablement augmenté si l'on consi-

dère que, depuis plus de dix ans, sur près de 200 chiens, les auteurs n'ont jamais vu survivre plus de six mois, à la tuberculose humaine expérimentale, un seul animal infecté.

La survie au-delà de huit mois des deux chiens en question ne peut être que le résultat des inhalations de térébenthine. (*Société de Biologie*, 4 mars et 18 novembre 1898).

Nous retenons de ces expériences de MM. Héricourt et Richet que, tout en persévérant dans la recherche du traitement de la phtisie, ils abandonnent, au moins en ce moment, la recherche d'un sérum curatif pour s'adresser à des médications pharmaceutiques.

Cette détermination nous surprend d'autant moins, que nous comprenons mieux que jamais, tout ce que contient d'illusion jusqu'à ce jour, le traitement de la tuberculose par la sérumthérapie.

L'iode a été employé dans le traitement de la phtisie et dans celui de la scrofule, qui n'est qu'une forme de la tuberculose, depuis Lugol, qui était médecin à Saint-Louis, il doit y avoir soixante ans. Il y a bien cinquante ans qu'on a conseillé l'aspiration de vapeurs iodées dans le traitement de la phtisie. J'ai moi-même essayé ce moyen en 1850. Seulement les malades supportent très mal ces vapeurs irritantes de l'iode et j'ai dû renoncer à ce traitement. L'injection d'eau iodée dans la trachée est-elle applicable à l'espèce humaine, je l'ignore : le D[r] Martiny, de Bruxelles, préconise depuis très longtemps l'*iodure d'arsenic* dans le traitement de la phtisie ; et je peux témoigner de l'efficacité de ce traitement, dans un certain nombre de cas.

J'ai écrit ce qui précède pour montrer que l'iode est bien réellement un médicament de certaines formes de la tuberculose, et pour approuver les essais de MM. Héricourt et Richet.

Tant qu'à la térébenthine, ces analogues au moins ont été souvent employés dans le traitement de la phtisie, et la respiration de l'*air embaumé des sapins* en est une forme très atténuée.

Nous suivrons avec le plus grand intérêt les nouvelles recherches de ces deux si ingénieux et si compétents expérimentateurs.

Dr P. Jousset.

Action cardiaque, propriétés spéciales de la Botuline, par MM. Charrin et Bardier.

D'après Van Ermenghen, le botulisme est une maladie infectieuse produit par un microbe spécial qu'il a isolé, et qui secrète la Botuline.

Au nombre des accidents du botulisme sont les troubles cardiaques parfois assez graves.

Peut-on, en injectant de la Botuline à un animal, provoquer des modifications du côté du cœur ? Telle est la question qu'ont essayé de résoudre MM. Charrin et Bardier en injectant cette toxine dans une des veines de l'oreille du lapin. L'examen cardiographique, commencé avant l'injection, s'est poursuivi jusqu'à la mort.

Il résulte de leurs expériences que la Botuline jouit d'une forte toxicité : 3/4 à 1 cm. cube tue 1 kilogramme de matière vivante en deux heures environ.

Cette même dose provoque des troubles myocardiques,

Une demi-heure ou trois quarts d'heure après l'injection, premier ralentissement du cœur qui s'accentue de plus en plus; au bout d'une heure un quart, tendance à l'arythmie.

Dans le graphique, le claquement des valvules sigmoïdes est représenté par une sorte de plateau à double ondulation au lieu de l'être par un seul crochet comme dans le tracé normal. C'est là évidemment une preuve de défaut de synchronisme qui s'observe parfois en clinique, et se traduit à l'auscultation par le dédoublement du 2e bruit.

Ce trouble cardiaque persiste souvent, le ralentissement s'exagère, on observe une pulsation par seconde, alors que normalement, le cœur du lapin bat quatre fois plus vite.

Ce ralentissement est la dernière phase des accidents occasionnés par la Botuline. Cette phase peut durer une demi-heure. Puis le cœur s'arrête et l'animal meurt deux, trois, quatre heures après l'injection.

Autopsie : cœur congestionné, volumineux, distendu, à parois flasques et peu résistantes.

La Botuline se comporte donc comme un poison diastolique.

En outre de son action sur la circulation, la Botuline offre certains attributs spéciaux :

1° Certaines diastases, telle que la pepsine, n'ont sur elle aucun effet ;

2° La chaleur à 100 degrés supprime sa toxicité.

(*Société de Biologie*, 21 janvier 1898).

Le *Bacillus Botulinus* qui parait être l'agent des empoisonnements par les viandes conservées et les poissons salés (saucisse, boudins, pâtés, conserves, viandes faisandées, etc., etc.) produit chez les personnes empoisonnées des

symptômes de gastro-entérite et de choléra. Les symptômes sont quelquefois suivis de mort.

Les travaux de Charrin et Bardier nous font connaître une action cardiaque toute spéciale de la toxine produite par le *Bacillus Botulinus*. Ce serait un paralysant du muscle cardiaque ; un analogue de la digitale.

La clinique devra essayer ce nouveau médicament et en indiquer la valeur.

Les aggravations des symptômes cardiaques signalées par Huchard après l'usage des viandes faisandées sont peut-être dues à l'action de la Botuline.

Dr XAVIER.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

PATHOGÉNÉSIES DES NOUVEAUX MÉDICAMENTS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Achyrantes calca.

Classification : Famille des Amaranthacées.

Moral : Dépression alternant avec excitation.

Tête : Céphalalgie frontale très aiguë de nature congestive ; battements et bruits dans la tête.

Yeux brillants avec regard féroce ; sensation de terre dans les yeux, ardeur, photophobie, larmes brûlantes.

Nez : Epistaxis.

Bouche : Sécheresse et chaleur, soif, haleine chaude.

Gorge sèche et ardente.

Visage rouge et irrité.

Poitrine : Oppression comme si un grand poids repo–

sait sur la poitrine ou comme si elle était étranglée par une corde.

Estomac : Plénitude et répugnance pour les aliments.

Appareil urinaire : Ardeur dans l'urèthre et ténesme vésical ; émission fréquente d'urines qui sont peu abondantes.

Membres : Courbature, pesanteur et sensation de meurtrissure.

Généralités : Stupeur, crainte, paresse, désir de rester tranquille ; frissons en se donnant du mouvement, peau ardente et sèche.

Antidote : Vinaigre et café.

Terebinthina de Chio.

Ce n'est pas l'*Oleum terebinthina* étudié et introduit dans la matière médicale homœopathique par le Dr SEIDEL, mais c'est le produit résineux du *Pistacia terebinthus*, croissant au Mexique.

Moral : Stupeur, état comateux.

Tête : Pesanteur, plénitude, pléthore.

Yeux : Injection des sclérotiques.

Nez : Epistaxis du côté gauche : obstruction et sécheresse des narines.

Bouche sèche, goût de fromage ranci, langue visqueuse et ardente.

Visage : Rien de spécial.

Poitrine et estomac : Le malade sent le besoin de faire des renvois sans y parvenir ; distention du diaphragme ; ardeur s'étendant de la bouche jusqu'au pylore ; sensation de vents qui ne peuvent s'échapper ; douleur dans la région cardiaque jusqu'au milieu de la poitrine.

Vessie et anus : Selles avec ardeur et chaleur à l'anus,

besoin urgent d'uriner, urines épaisses, rosées, sanguinolentes, très chaudes, d'une odeur âcre et piquante, contenant beaucoup de mucus ; ténesme vésical, coliques.

Membres : Relâchement et pesanteur, douleurs à la face interne des cuisses et des bras.

Généralités : Prostration, sueurs, lassitude.

Antidote : *Phosph.*

On peut le comparer à *Camphora*, *Uva ursi*, *Chimaphila* et *Cantharis*.

Il convient dans le typhus lorsque l'exanthème commence à se manifester, et lorsqu'il existe de la constriction du ventre et de la stupeur.

Rajama subsamarata.

Moral : Exaltation, perte de connaissance avec accès de colère, de fureur et de lasciveté. Délire, parlottement alternant avec mutisme, de sorte qu'on ne peut obtenir une réponse qu'avec beaucoup de peine. Idées vagues, confuses, changeant rapidement.

Tête : Céphalalgie très aiguë avec sensation d'un clou brûlant pénétrant jusque dans le cerveau.

Yeux : Regard stupide, yeux injectés, sans éclat. comme s'ils allaient se fermer ; larmes brûlantes.

Oreilles : Dureté de l'ouïe, bruits et bourdonnements dans l'oreille.

Nez : Narines déprimées, sèches ; le duvet est hérissé et paraît couvert d'une poussière de cendres.

Bouche ouverte ; langue présentant une ligne sombre de couleur café avec bords rouges comme s'ils étaient excoriés ; langue sèche, parcheminée ; semblable à du cuir rôti ; dents fuligineuses ; la base est noire et sans éclat ; haleine fétide sui generis ; salive gluante, comme du jus de tabac ; lèvres sèches, brûlantes et tuméfiées.

Figure hippocratique, stupide, avec rides et couleur terreuse.

Poitrine proéminente avec respiration difficile.

Estomac : Enfoncement et rétraction de l'épigastre, brûlant avec sensation de vacuité, de faim et de soif.

Abdomen : Tympanite intense, gargouillements prononcés dans la fosse iliaque droite, bruits de borborygmes, grande sensibilité dans les deux hypochondres et dans le colon transverse.

Evacuations vertes, noirâtres ou constipation opiniâtre.

Urines rares, irritées et spumeuses.

Reins : Douleurs rénales.

Peau : Aspérités, pétéchies nombreuses d'une largeur pouvant atteindre 10 à 15 millimètres et de couleur chocolat. Plaques gangréneuses par le décubitus avec eschares noirâtres.

Antidotes : *Arsen.*, *Laches.* et *Rhus.*

Illecebrum.

Moral : Tranquillité ; sensation de deux individus qui se contredisent (dualité).

Tête : Douleur aiguë dans les tempes comme si celles-ci étaient comprimées par un casque de fer.

Yeux injectés, tristes, pesants, disposés à se fermer.

Oreilles : Dureté de l'ouïe avec sensation de sécheresse.

Nez : Perte de l'odorat, croûtes et épistaxis.

Bouche : Goût pâteux et de cuivre ; langue chargée d'un enduit blanc jaunâtre, sèche, parcheminée ; dents recouvertes d'un enduit jaunâtre ; sensation de terre dans les dents ; haleine nauséabonde ; boutons au coin de la bouche.

Evacuations vertes, foncées et parfois noires; selles involontaires et fétides.

Appareil respiratoire : Fatigue, dyspnée, douleurs dans la région pectorale, crachats spumeux et comme striés de sang (*Bryonia* et *Phosph.*). Pneumo-typhus.

Peau tachetée ; l'exanthème s'étend jusque sur les mains ; excoriations dans les aines et les aisselles.

Abdomen et estomac : Nausées, tympanite, douleurs de coliques et bruits dans l'intestin.

Antidotes : *Bryonia* et *Nux vom.*

Hoitzia coccinea.

Moral : Crainte et angoisse ; stupeur et délire.

Tête : Etourdissement, pesanteur avec sensation de plénitude et de congestion dans la région temporale, bruits dans la tête, céphalalgie frontale.

Yeux injectés, brûlants ; conjonctives rosées ; paupières disposées à se fermer, pesantes et brûlantes ; larmoiement, photophobie ; le bord ciliaire est tuméfié et œdémateux.

Oreilles : Sensation de battements, sécheresse.

Nez : Epistaxis, sensation de chaleur dans les cornets.

Figure très rouge et comme gonflée ; la peau en est comme veloutée ; sensation de chaleur étouffante.

Bouche sèche, ardente, gonflée ; salive visqueuse, difficile à expulser : gorge rouge comme une cerise, haleine chaude et fétide.

Estomac et ventre : Soif avec grand désir de boire beaucoup d'eau, malgré que le malade perçoive que la boisson lui est nuisible ; vomissements et douleurs à l'épigastre.

Appareil urinaire : Urine abondante, rouge et spumeuse : douleurs d'excoriation et ténesme.

Peau chaude, rouge comme dans l'urticaire, avec élevures et cuisson dans les parties exposées à l'air.

On peut comparer ce médicament à *Rhus*, *Belladona* et *Aconitum*.

(*Revista homeopatica de Barcelone*. — *Journal Belge d'homœopathie*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

I. — L'EAU OXYGÉNÉE EN CHIRURGIE SEPTIQUE, DANS LA PRATIQUE DE LA CHIRURGIE ANTISEPTIQUE ET EN GYNÉCOLOGIE. — II. DE LA VIRULENCE DES POUSSIÈRES DES CASERNES, NOTAMMENT DE LEUR TENEUR EN BACILLES TUBERCULEUX. — III. LE SÉRUM DE MARMORECK DANS LA BRONCHO-PNEUMONIE INFANTILE.

I

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (6 décembre). — L'asepsie est insuffisante en chirurgie générale. Elle ne donne ni la régularité des suites, ni la régularité des phénomènes de réparations qu'on obtient avec la chirurgie antiseptique.

Le meilleur antiseptique est toujours l'antiseptique de Lister, l'acide phénique pur. Le sublimé donne *in vitro* de meilleurs résultats. Mais en dehors des dangers auxquels il expose dans la pratique à cause de sa toxicité, il a une

action très inconstante lorsqu'il se trouve en contact avec des albuminoïdes. Il suffit de la présence du sang pour anéantir son action. Aussi n'est-ce pas d'après les recherches de laboratoire qu'il faut juger du meilleur antiseptique, mais bien plutôt d'après l'expérience clinique.

L'eau oxygénée, le bioxyde d'hydrogène est un composé défini qui, à l'état de condensation maxima, peut contenir 475 volumes d'oxygène. En pharmacie, l'eau oxygénée est constituée par une dissolution de bioxyde d'hydrogène dans l'eau, solution contenant 10 volumes d'oxygène. Dans l'industrie on emploie le plus souvent la solution à 12 volumes. Il ne faut pas confondre l'eau oxygénée avec une solution d'oxygène dans l'eau.

L'eau oxygénée de l'hôpital est acide et contient trois à quatre grammes d'acide sulfurique par litre.

Industriellement l'eau oxygénée est employée à cause de son action réductrice sur les matières organiques (blanchissement).

L'eau oxygénée doit être employée en lavage. On ne peut s'en servir comme topique permanent à cause de son instabilité à l'air libre.

En chirurgie il faut distinguer l'action préventive pour empêcher la suppuration et l'action des antiseptiques sur la suppuration une fois établie.

Cette dernière action est tout à fait irrégulière et aléatoire. Le sublimé est sans valeur. L'acide phénique, le permanganate de potasse se sont montrés quelquefois efficaces. Le chlorure de zinc est une des rares substances qui puissent enrayer la suppuration. A celui-ci il faut maintenant ajouter l'eau oxygénée. M. Lucas-Championnière a été amené à l'essayer en apprenant son action remarquable pour arrêter la suppuration septique alvéolaire (maladie de Fauchard).

M. Lucas-Championnière rapporte un cas d'une septicité extraordinaire dans lequel tout avait échoué et où il obtint un brillant succès avec cet antiseptique.

Un jeune chiffonnier de 18 ans avait eu le genou écrasé. Epanchement gigantesque et plaque de sphacèle couvrant un tiers du membre. La chute de l'eschare ouvre le foyer sanguin et l'articulation du genou broyé.

L'acide phénique au 1/20, le sublimé au 1/1000, le chlorure de zinc à 10 0/0, le permanganate de potasse au 1/100, sont successivement employés. Malgré les lavages et pansements quotidiens, la fièvre de suppuration se maintient et le sujet arrive à la septicémie parfaite. C'est au milieu de ce cortège d'accidents qui annonçaient la mort à très brève échéance que sont commencés les lavages et attouchements à l'eau oxygénée. Résultat merveilleux : la suppuration disparaît rapidement et l'appétit revient presque immédiatement.

Quelquefois le lavage détermine de la cuisson. Le plus souvent il est indolore.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est l'arrêt presque immédiat du phénomène de suppuration et de l'empoisonnement septique.

M. Lucas-Championnière s'est servi avec grands avantages du même antiseptique pour traiter des fractures compliquées, des phlegmons, pour faire des lavages après l'ouverture de grands abcès. L'utilisation de l'eau oxygénée pour la purification de la région opératoire lui paraît particulièrement avantageuse.

La pratique obstétricale peut en retirer de grands avantages pour le nettoyage du vagin et de la cavité utérine, par exemple en cas de métrite septique après avortement.

En chirurgie opératoire, l'eau oxygénée employée comme

seul antiseptique a également donné des résultats très satisfaisants.

En résumé M. Lucas-Championnière conclut de son expérience que l'eau oxygénée a une influence évidente sur les phénomènes septiques en voie d'évolution, sur la suppuration. Elle arrête ces phénomènes probablement pour deux raisons : 1° elle a une action antiseptique puissante sur les ferments ; 2° elle a eu une puissance d'imprégnation des tissus toute particulière. Elle les pénètre en quelque sorte. Grâce aux observations et aux expériences nouvelles apportées par l'auteur, il est possible de faire entrer dans une voie nouvelle toute la chirurgie septique, c'est-à-dire toute celle qui nous met en présence des phénomènes acquis de suppuration ou d'envahissement septique. Il est facile de voir l'extrême multiplicité des circonstances dans lesquelles on pourra faire appel à une ressource aussi précieuse, depuis l'action de nettoyer un champ opératoire difficile, jusqu'à la guérison des localisations septiques les plus graves.

M. Charpentier fait remarquer que l'eau oxygénée est très variable comme composition et d'une conservation difficile.

M. Laborde rappelle les expériences de Paul Bert et de Regnard qui ont montré que l'eau oxygénée était *in vitro* le plus puissant antifermentescible et bactéricide.

II

M. Kelsch a inoculé 213 cobayes avec des poussières de toute provenance, prises sur le plancher des chambrées, et notamment avec des poussières recueillies à la surface et au pourtour des crachoirs, avec du mucus nasal.

Ces inoculations ont montré que les poussières des

casernes de cavalerie ont une puissance pathogène de beaucoup supérieure à celle des casernes d'infanterie. Les germes les plus fréquemment trouvés sont les streptocoques et les colibacilles.

Le résultat le plus saisissant de ces recherches est la constance des insuccès dans les tentatives de communiquer la tuberculose expérimentalement par l'inoculation intrapéritonéale de doses massives de poussières de toute provenance, y compris celles des crachoirs. Il n'y a eu qu'une seule exception (sur 213 inoculations) pour le mucus nasal d'un cuirassier vigoureux et bien portant ; on peut croire que les poussières n'ont point donné la tuberculose parce qu'elles n'en avaient pas la *graine*.

III

M. Moncorvo, de Rio-de-Janeiro, relate l'observation de 3 cas de broncho-pneumonie chez 3 petits sujets (1 an, 9 mois, 7 mois) chez lesquels il eut recours au sérum de Marmoreck, toujours avec avantage, n'ayant d'autre part jamais provoqué avec cela le moindre accident fâcheux tant local que général. Il conclut que ce sérum peut être absolument inoffensif chez les enfants du premier âge et qu'il peut être un adjoint utile pour le traitement de la broncho-pneumonie infantile.

Dr Humeau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. CANCER DU CANAL THORACIQUE, CONSÉCUTIF A UN CANCER DE L'ESTOMAC. — II. DE LA FIÈVRE BILIEUSE HÉMOGLOBINURIQUE. — III. SCORBUT INFANTILE. — IV. INFECTION STAPHYLOCOCCIQUE GÉNÉRALISÉE D'ORIGINE URÉTHRALE ; SUPPURATIONS MULTIPLES ; NÉPHRITE, ENDOCARDITE. GUÉRISON. — V. ACCIDENTS DUS A L'IODURE DE POTASSIUM. — VI. MÉRALGIE PARESTHÉSIQUE. — VII. UN CAS DE RAGE SURVENU APRÈS TREIZE MOIS D'INOCULATION. — VIII. LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME.

I

(*Séance du 2 décembre.*) — M. MATHIEU rapporte l'observation d'un malade de son service mort de cancer du canal thoracique consécutif à un cancer de la grande courbure de l'estomac. Le diagnostic de cancer du canal thoracique avait été porté trois mois avant la mort du malade.

Voici les signes qui permettent d'établir ce diagnostic : l'existence d'une masse ganglionnaire prélombaire, caractérisée par la constatation directe de la tumeur ; constatation qui a été faite 9 fois sur 10 observations connues ; cette masse ganglionnaire se manifeste aussi par des signes de compression vasculaire.

Le ganglion sus-claviculaire de M. Troisier n'a été noté que 3 fois sur les 10 observations, mais il est juste de remarquer que ce ganglion n'était pas recherché avant que M. Troisier ne l'ait signalé.

Lorsqu'on rencontrera ces deux signes et en même temps un amaigrissement très rapide, on devra penser à un cancer du canal thoracique.

II

M. Vincent fait une communication sur la nature de la *fièvre bilieuse hémoglobinurique* à propos de 5 cas qu'il a observés; il passe en revue les différentes théories pathogéniques qui ont été proposées.

Paludisme. — Pour lui, cette affection n'est pas sous la dépendance des fièvres intermittentes ; pour plusieurs raisons ; d'abord elle existe dans des pays où le paludisme est inconnu ; l'hématozoaire du paludisme n'existe que d'une façon très inconstante dans le sang des malades atteints de fièvre bilieuse hémoglobinurique ; les lésions habituelles à l'impaludisme peuvent manquer dans les autopsies et enfin le sulfate de quinine, même à doses énergiques, n'a pas une action favorable.

Intoxication quinique. — Cette opinion, soutenue par R. Koch, ne lui paraît pas admissible, parce qu'un de ses malades n'avait pris, en trois mois, que 7 grammes de sulfate de quinine, par doses de 50 centigrammes ; la veille de son accès, il en avait absorbé seulement 50 centigrammes ; cette faible dose lui paraît trop minime pour avoir pu déterminer la dissolution globulaire, alors qu'en plein foyer de bilieuse hémorrhagique, au Soudan, le malade avait été traité par des injections répétées de quinine sans en avoir ressenti aucun effet fâcheux.

Le Dr Vincent n'a pas retrouvé non plus dans les urines hémorrhagiques, de petits bacilles fins signalés par Yersin et quelques autres ; il n'a pas trouvé non plus dans le sang de bactéries spéciales ni de parasites semblables à ceux que Plehr aurait observés.

Voici ses conclusions :

L'étiologie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique est

donc encore assez obscure. Il existe, dans l'organisme du malade, un principe toxique ou diastasique, vraisemblablement d'origine parasitaire, qui agit sur le sang comme certaines substances chimiques : le chlorate de potasse, l'acide phénique, les nitrites, etc., en dissolvant les globules et mettant l'hémoglobine en liberté. Faisons remarquer que la fièvre bilieuse hémoglobinurique revêt parfois des allures épidémiques (Carmouze). Quatre des cas que j'ai observés ont apparu à peu près simultanément chez un certain nombre de malades rapatriés du Tonkin.

La symptomatologie de la maladie, son début brusque par un frisson, la fièvre, la mégalosplénie, les signes d'infection intestinale (odeur fétide des selles), le purpura, qui est apparu chez un de mes malades, etc., toutes ces raisons sembleraient rapprocher la fièvre bilieuse hématurique des maladies infectieuses, et en faire une entité morbide spéciale, indépendante de la fièvre paludéenne.

M. Netter ne croit pas qu'il faille voir dans la fièvre hématurique un simple effet de l'intoxication par la quinine. Mais il est difficile de ne pas admettre que, dans certains cas, celle-ci joue un rôle très important. On ne saurait en effet interpréter autrement les faits rapportés par Koch, qui fit apparaître à trois reprises chez le même malade des accès de fièvre hématurique quelques heures après l'administration d'un gramme de sulfate de quinine.

Chez un second malade observé par Koch, l'accès de fièvre bilieuse hématurique débuta deux heures après une injection sous-cutanée et se termina par la mort.

III

La question du *scorbut infantile* ou maladie de Barlow, suivant la nouvelle nomenclature à la mode, revient en discussion à propos de deux communications : l'une de M. Ausset, de Lille, *à propos de la maladie de Barlow*, l'autre de M. Netter sur le *scorbut infantile.*

M. Ausset a publié une observation sous le titre de *maladie de Barlow*, au mois de juillet dans le *Journal de Clinique et de thérapeutique infantiles.* Il s'agissait d'un petit malade qui n'avait pas encore de dents ; il présentait des hématomes sous-périostiques siégeant sur les quatre membres et d'un côté de la crête iliaque ; il avait un gros ventre, de la gastro-entérite chronique par vice d'alimentation, une hypoglobulie assez notable; il n'a présenté aucun trouble du côté des gencives, mais il n'avait pas de dents et Barlow lui-même dans sa description dit : « Pendant la période antérieure à la dentition, les hémorrhagies peuvent siéger exclusivement dans les régions sous-périostiques. »

Pour M. Ausset, ces accidents et ceux décrits précédemment par MM. Netter et Comby ne constituent pas un scorbut véritable, mais sont une variété grave, hémorrhagique, du rachitisme ; il appuie son opinion sur la description de Barlow, qui a signalé des symptômes rachitiques comme habituels chez ses petits malades, qui a noté des lésions propres au rachitisme, chez ceux qui ont succombé ; sur l'absence d'accidents du côté des gencives chez son petit malade, absence signalée par Barlow dans sa description.

Il ajoute que son petit malade a guéri sans avoir employé les antiscorbutiques ; il croit, en outre, que l'ali-

mentation bien faite, au moyen du lait stérilisé, loin de causer cette affection, est une des bonnes conditions pour l'éviter, lorsqu'on ne peut pas s'adresser à l'allaitement naturel.

M. Netter établit d'abord que l'opinion de M. Ausset peut se résumer sous les trois propositions suivantes :

1° La maladie dont nous nous occupons ne serait qu'un rachitisme hémorrhagique ;

2° Elle ne présenterait avec le scorbut que des analogies lointaines et rien ne justifierait son assimilation avec lui ;

3° On aurait tort d'admettre l'influence du lait stérilisé sur sa production.

Avant d'aborder la discussion de certains points, il fait remarquer que Barlow dans sa description a réuni, à des cas de scorbut infantile vrais, des cas de rachitisme avec fièvre, douleurs vives et gonflement des os, qui n'ont aucun rapport avec le scorbut infantile et que l'observation de M. Ausset doit être considérée comme un de ces cas de rachitisme ne pouvant être comparé avec les cas de scorbut infantile.

1° *Scorbut infantile et rachitisme.* — La maladie qui nous occupe n'est pas un rachitisme hémorrhagique comme le veut M. Ausset et comme l'ont soutenu MM. Brun et Renault, parce que dans ce cas-là elle devrait être fréquente dans les pays où on observe beaucoup de rachitiques comme en Autriche et elle y est exceptionnelle ; elle devrait être rare dans les pays où le rachitisme est relativement rare comme aux États-Unis et elle y est fréquente, puisque les médecins de ce pays ont fourni 379 observations pour une enquête sur la question.

En outre, le rachitisme est surtout fréquent chez les

pauvres; le scorbut infantile dans les classes aisées; le scorbut infantile peut exister chez des enfants ne présentant aucune trace de rachitisme.

En Amérique, sur 340 cas où l'on signale l'existence ou l'absence du rachitisme, celui-ci a manqué chez 188 enfants, soit 55 p. 100.

2° *Scorbut infantile et scorbut de l'adulte.*— Le scorbut de l'infantile ressemble à celui de l'adulte; si les hématomes sont plus fréquents chez l'enfant, cela peut s'expliquer par une activité plus grande du système osseux.

M. Ausset insiste sur la rareté relative des lésions des gencives qui manquent chez les enfants n'ayant pas encore de dents; mais la gingivite chez l adulte manque également quand celui-ci n'a plus de dents.

L'influence du régime et du traitement antiscorbutique est également remarquable chez l'enfant et chez l'adulte.

3° *Scorbut infantile et lait stérilisé.* — M. Netter revient sur les arguments qu'il a déjà fait valoir à une séance précédente: il a affirmé que le lait stérilisé n'est pas un lait frais et peut causer le scorbut infantile; il montre d'abord que les enfants nourris au sein en sont à peu près indemnes, ainsi que ceux qui sont nourris au lait cru ou simplement bouilli; tandis que le scorbut infantile se montre de préférence dans les pays comme l'Angleterre et l'Amérique où l'on fait usage d'un grand nombre de farines, de lait condensé, etc.

Il arrive au lait stérilisé, et rappelle que des enfants nourris exclusivement avec ce lait (cas d'Hutinel et de Netter) ou avec du lait maternisé (cas de Moizard, de Comby et de Luyt) ont été atteints de scorbut infantile. Dans les enquêtes faites en Allemagne et en Amérique, on a trouvé 18 cas sur 67, et 135 sur 592, chez des enfants nourris au lait stérilisé ou maternisé.

M. Le Gendre serait porté à accepter l'opinion de M. Ausset plutôt que celle de M. Netter. Comme le premier, il croit à l'existence d'accidents hémorrhagiques au cours du rachitisme et, dans la seconde édition de son article sur le Rachitisme, du *Traité de médecine*, il a maintenu sous ce titre la maladie de Barlow. Quant au lait stérilisé, il désire des preuves certaines de sa nocivité avant de le faire tomber dans le discrédit.

M. Variot, qui a fait distribuer plus de 100.000 litres de lait stérilisé depuis trois ans à plus de 500 nourrissons, n'a pas encore observé de scorbut infantile.

(*Séance du 9 décembre.*) — M. Netter rapporte trois nouveaux cas de scorbut infantile survenus chez des enfants nourris par le lait stérilisé ou par le lait maternisé.

IV

M. Rendu communique une observation qui montre d'une façon saisissante la rapidité avec laquelle s'infecte l'organisme et les ressources que la nature emploie pour éliminer l'agent infectieux.

En quarante-huit heures, après des cathétérismes malpropres, une infection staphylococcique se montre d'emblée tellement grave que, quand le malade arriva à l'hôpital, il semblait atteint d'une méningite suppurée ou d'une fièvre typhoïde adynamique. Cette phase d'intoxication générale dure cinq jours, pendant lesquels le symptôme prédominant est l'hyperthermie. A cette période succèdent des abcès multiples, presque tous indolents, comme des abcès de l'infection purulente, et localisés soit dans le tissu sous-dermique, soit dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique et inter-musculaire. Trente-huit abcès de ce genre, en

moins d'un mois, se forment et sont successivement ouverts, amenant une émaciation excessive et une fonte rapide des muscles.

Les viscères, eux non plus, ne sont pas respectés : le 17 mai se manifestent des signes légers et passagers d'endocardite ; le 1er juin, le rein, qui jusque-là ne s'était pas infecté, se prend à son tour et témoigne, par la néphrite hémorrhagique dont il est le siège, de la virulence des toxines qui le traversent. Cette néphrite se reproduit, à trois reprises différentes, pendant un mois ; mais, malgré cela, le rein reste perméable et même exagère ses fonctions éliminatrices ; une polyurie véritable, jointe à une diaphorèse persistante, achève l'élimination du poison, et, au bout de deux mois, l'organisme s'est débarrassé de ses toxines.

Comme traitement, le lait, les bains, les lotions ont été employés au début ; pendant les phases de la néphrite hémorrhagique on a donné du tannin.

Cette observation est un exemple d'infection purulente consécutive à une infection uréthrale et causée par le staphylocoque. Nous l'étiquèterons infection purulente staphylococcique.

V

M. Danlos apporte à la Société une observation de tuméfaction des glandes sous-maxillaires consécutive à des injections d'iodure de potassium, même aux doses les plus minimes, 15 à 20 centigrammes.

VI

(*Séance du 16 décembre.*) — Sous le nom de *méralgie paresthésique*, on décrit des troubles de la sensibilité cuta-

née de la cuisse, tenant à une altération des rameaux périphériques superficiels et en particulier du rameau crural du nerf fémoro-cutané.

Ces troubles ont été observés fréquemment après des chutes ou des traumatismes ; ils consistent principalement en une plaque cutanée anesthésique, qui devient le siège de picotements, de fourmillements, d'une sensation de brûlure et même d'élancements douloureux. M. Paul Claisse en rapporte trois observations.

M. Florand est atteint depuis une dizaine d'années de méralgie paresthésique bilatérale ; ces troubles douloureux n'existent que dans la station debout prolongée ou à la suite d'une marche excédant un à deux kilomètres. S'il veut essayer de marcher plus longtemps, la douleur devient intolérable ; il peut faire au contraire à bicyclette des promenades très longues. Ces accidents paraissent liés à un arthritisme héréditaire avec tendance à l'obésité.

M. Le Gendre soigne en ce moment un vieux goutteux qui présente tous les signes de cette affection.

M. Dalché a observé un cas de méralgie chez une femme arrivée au cinquième mois de sa grossesse. Il pense que l'état de grossesse peut être considéré comme une cause possible de la méralgie, à cause de la compression du nerf fémoro-cutané dans la cavité abdominale.

VII

M. Florand lit une observation d'un cas de rage survenu après treize mois d'incubation.

Il s'agit d'un homme de 53 ans, garde-champêtre à Montmorency, amené le 17 août, à Lariboisière ; deux

jours auparavant, après sa tournée habituelle, il est appelé par un voisin qui lui offre un peu de vin blanc; il accepte l'invitation, mais dès qu'il approche le verre de ses lèvres, il est pris d'un spasme douloureux du pharynx et ne peut avaler une seule goutte de liquide. Depuis ce moment, impossibilité d'avaler ni liquides, ni solides; hyperesthésie douloureuse des sens. Un objet brillant, la lumière, une porte ouverte brusquement, un courant d'air, lui cause une impression très pénible.

Comme antécédents, il dit avoir été mordu il y a quatorze mois par un chien, qui n'était pas malade et se porte toujours bien. Il est établi cependant qu'il y a treize mois (juillet 1897) ce garde-champêtre a été léché par un chien enragé, qui a mordu un enfant; cet enfant a été inoculé à l'Institut Pasteur et se porte bien.

Le 18 août, on conduit le malade à l'Institut Pasteur où le Dr Roux l'examine et conclut à de l'hystérie en se basant sur l'obscurité de l'étiologie et la longueur de la période d'incubation.

L'hydrophobie continue, l'agitation s'accentue. Le 19 août, vers 10 heures du soir, violent accès de fureur, dans lequel il arrache les tuyaux du lavabo de sa chambre, les tord et les mord avec une telle violence que l'empreinte de ses dents reste marquée dans le plomb. Il tombe rapidement dans le coma et meurt dans la nuit.

Le bulbe et la protubérance ont été envoyés à l'Institut Pasteur. L'inoculation sous-cutanée et intra-musculaire a donné des résultats positifs.

VIII

M. Le Gendre signale à la Société un moyen qu'il a pris dans son service de l'hôpital Tenon pour combattre l'al-

coolisme. Il a composé un avis sur papier rouge, qui est distribué à tout malade à son entrée et à sa sortie, qui se trouve dans la table de nuit des malades, qui est affiché dans un grand nombre d'endroits, dans les salles de consultations, les réfectoires, les dortoirs des infirmiers.

Voici cet avis :

La plupart des maladies soignées dans des hôpitaux sont causées ou aggravées par l'abus des boissons alcooliques.

Toutes les boissons alcooliques sont dangereuses. Les plus nuisibles sont celles qui contiennent, avec l'alcool, des essences aromatiques, comme la liqueur d'absinthe, qui ne peut jamais être bienfaisante, le vulnéraire et les prétendus apéritifs appelés « amers ».

Les boissons alcooliques sont encore plus dangereuses quand on les prend le matin à jeun et entre les repas.

L'homme devient inévitablement alcoolique, c'est-à dire empoisonné lentement par l'alcool, même sans avoir été jamais en état d'ivresse, quand il boit tous les jours de l'alcool, de la liqueur ou trop de vin (plus d'un litre par jour).

— L'alcool est un poison, dont l'usage habituel détruit plus ou moins vite, mais inévitablement, les organes les plus nécessaires à la vie : l'estomac, le foie, les reins, les canaux du sang, le cœur et le cerveau.

— L'alcool excite l'homme, mais il ne le fortifie pas.

— Il ne remplace pas la nourriture, mais il en fait perdre le goût.

Quand on boit souvent de l'alcool, ou quand on boit trop de vin (plus d'un litre par jour), on est plus exposé aux maladies et, quand on est devenu malade, la maladie

est toujours plus grave; elle se complique souvent de délire mortel.

— L'alcool cause très souvent la phtisie, en affaiblissant les poumons; chaque année nous voyons des malades qui entrent d'abord à l'hôpital pour alcoolisme et qui reviennent quelques mois plus tard atteints de phtisie.

Les parents qui ont fait abus des boissons alcooliques ont souvent des enfants qui naissent mal conformés ou idiots, ou qui meurent de convulsions.

Le Dr Le Gendre propose en outre d'organiser dans les hôpitaux des conférences périodiques aux convalescents sur les dangers de l'alcool.

Les membres présents s'associent à ce vœu et proposent de provoquer une discussion de la Société sur les moyens d'action qu'elle peut avoir sur la clientèle hospitalière.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS ET ANGLAIS

Comparaison entre rhododendron et rhus tox., par William D. Young.

Ces deux remèdes se ressemblent beaucoup, ils produisent tous deux des douleurs rhumatismales surtout dans les tissus fibreux. Rhododendron affecte peut-être davantage le périoste que Rhus. Rhododendron atteint de préférence les petites articulations et il est plus souvent indiqué dans les formes chroniques. Rhus agit aussi bien sur les grandes que sur les petites articulations et il

s'emploie aussi bien dans les formes aiguës que dans les formes chroniques. La raideur des mouvements est plus marquée sous Rhus, et les douleurs siègent plutôt dans les muscles tandis qu'avec Rhododendron elles affectent de préférence le périoste, les condyles, les saillies osseuses. Rhus s'accompagne de plus de paralysie que Rhododendron. Le mouvement soulage les douleurs sous ces deux médicaments, mais tandis que le malade de Rhododendron a du soulagement tant qu'il remue, celui de Rhus recommence à éprouver de la douleur quand il remue depuis un certain temps. Le malade de Rhododendron est très sensible à tous les changements de temps, mais surtout à l'approche de l'orage, c'est donc plutôt un remède d'été. Rhus est également sensible aux changements de temps mais surtout au froid : c'est donc un remède d'hiver. Sous Rhododendron les douleurs présentent souvent un caractère intermittent qu'elles n'ont pas sous Rhus. La chaleur et la pression soulagent les douleurs de Rhus, qui présentent une aggravation vers six heures le matin et à la fin de l'après-midi. Rhododendron a de l'aggravation après minuit. Rhododendron agit mieux sur le côté droit et Rhus sur le côté gauche. (*The Hahnemannian Monthly*).

TRAITEMENT DE LA DYSMÉNORRHÉE.

Le Dr Pinart (de Barcelone) recommande les remèdes suivants dans la forme névralgie de la dysménorrhée avec douleurs avant la menstruation et troubles du côté de l'estomac :

Ammonium carbon. — Douleurs à heures régulières avec mal de tête congestif. Asclepias tuberosa a aussi la même indication.

Viburnum opulus. — Douleurs localisées aux ovaires.

Cocculus et Colocynthis. — Même indication que Viburnum avec en outre nausées et défaillances.

Hamamelis. — Douleur dans l'ovaire droit.

Viburnum prunifolium. — Douleurs très violentes dans l'utérus.

Caulophyllum. — Douleurs très intenses dans l'utérus, mais avec le caractère de spasmes et de douleurs comme dans le travail. Il y a en même temps des spasmes dans d'autres organes, le larynx par exemple. Ce remède est précieux également dans les cas de rigidité du col pendant l'accouchement ou d'hémorrhagie *post-partum.*

Castoreum. — Utile chez les femmes plus ou moins nerveuses.

Tarentula. — Utile dans les cas qui s'accompagnent de mouvements choréiques ou de symptômes hystériques. Il convient surtout dans la variété congestive avec pesanteur et gêne dans le bassin, ténesme rectal, urines brûlantes, puis violentes douleurs dans toutes ces régions avec évacuation d'un peu de sang menstruel. Dans certains cas les règles viennent d'abord par petits caillots puis plus abondantes. Alors les remèdes sont Bell. et Apis 30 en alternation. Le premier indiqué surtout par de la congestion l'autre par de l'œdème. Il faut aussi penser à Kali carb. chez les jeunes filles anémiques. On peut aussi s'adresser à Gelsemium lorsqu'il y a des douleurs névralgiques dans différents points du corps.

Cactus. — Cas qui s'accompagnent de palpitations simulant l'angine de poitrine.

Cocculus. — Ecoulement goutte à goutte de sang noir.

Nux vomica. — Constipation avec ténesme rectal et vésical.

Cuprum.— Dysménorrhée avec convulsions surtout des extrémités inférieures.

Secale corn. — Sueurs froides et extrémités froides.

Xantophyllum.— Douleurs insupportables dans les extrémités inférieures en même temps que de la dysménorrhée. Dans la dysménorrhée membraneuse on peut alterner Apis avec Calcarea carb. Borax est aussi un remède pour cet état et quelques auteurs le considèrent même comme un spécifique de la stérilité.

LES MÉDICAMENTS DE LA SUPPURATION (d'après CROOKS de Santa Barbara).

Arsenicum. — Rarement indiqué tout à fait au début de la suppuration, mais lorsqu'il y a des douleurs sécantes lancinantes pires après minuit irritabilité de l'esprit et du corps, soulagement par l'application de la chaleur. Lorsqu'il échoue on peut essayer Anthracinum qui a les mêmes symptômes.

Usage clinique. — Ulcères, anthrax, pustule maligne avec écoulement de sanie foncée et excoriante.

Belladona. — Douleurs qui surviennent brusquement et sont très violentes, le pus se forme avec une grande rapidité. Les parties environnantes sont enflées et enflammées.

Usage clinique. — Amygdalite aiguë, furoncles et abcès à marche rapide.

Calcarea carbonica. — Indiqué surtout chez les enfants strumeux. Douleurs soudaines pulsatives, induration fréquente des glandes du cou. Aggravation par le froid.

Usage clinique. — Plaies qui ne cicatrisent pas et qui tendent à suppurer.

Carbo vegetabilis. — Ne convient que pour les ulcéra-

tions qui ont tendance à gagner en surface. Pus clair et irritant. Aggravation nocturne. Ressemble à Arsenic mais n'a pas son agitation. Convient aux personnes à caractère apathique.

Usage clinique. — Anthrax et furoncles à tendance gangréneuse, ulcères variqueux.

Hepar sulf. — Doit être employé après l'échec de Belladona, et si l'on veut essayer d'enrayer la suppuration on l'emploiera à dilution élevée, tandis que si l'on veut activer la formation du pus, on l'emploiera au contraire en basse atténuation.

Les parties sont très sensibles au toucher, le contact du pansement est douloureux, l'écoulement est sanguinolent ou purulent et a odeur de vieux fromage. Les douleurs sont intenses, aggravées par le froid et soulagées par la chaleur.

Usage clinique. — Orgelets, écorchures qui, au lieu de guérir, ont tendance à suppurer.

Kali bichromicum. — Indispensable dans les ulcératins qui tendent à gagner en profondeur. Douleurs intermittentes, pus épais et jaunâtre. La chaleur améliore.

Usage clinique. — Ulcérations syphilitiques.

Lachesis. — Indiqué dans les cas avancés, le pus d'abord épais et louable devient plus fluide, foncé et d'une odeur repoussante. La peau environnante est enflammée et pourpre et présente de petites pustules. Les ulcérations brûlent comme du feu quand on y touche. Il y a de l'aggravation après le sommeil.

Usage clinique. — Anthrax, pustule maligne, eschares du décubitus avec bords noirâtres.

Mercurius vivus.— Il faut l'employer avec précaution car donné en atténuation trop basse il favorise la formation

du pus. Battements pires la nuit que le jour, pendant la chaleur et la transpiration. Excès de salive, la langue porte les empreintes des dents.

Usage clinique. — Panaris surtout chez les scrofuleux.

Mezereum. — Vésicules pruriantes aux environs des articulations, avec transformation rapide en pustules, qui se recouvrent d'une croûte sous laquelle on retrouve du pus. Aggravation la nuit et à la chaleur.

Phytolacca. — Douleurs comme des décharges électriques qui partent du foyer de la suppuration, induration des tissus qui, avant la formation du pus, sont aussi durs que de la pierre. Si le cas va jusqu'à l'ulcération, le médicament ressemble alors à Kali bichr. mais l'ulcération n'est pas aussi unie.

Usage clinique. — Abcès des seins.

Rhus toxicodendron. — Douleurs de déchirure et de brûlure. La peau est rouge sombre. Bon médicament du début qui fait souvent avorter le cas, l'humidité et le froid aggravent.

Usage clinique. — Furoncles et cellulites.

Secale. — Ressemble à Arsenic mais soulagement par le froid, le malade cherche à se découvrir.

Silicea. — Suppuration non douloureuse tendant à devenir chronique. Aggravation par le froid et soulagement par la chaleur. Vient après Hepar.

Usage clinique. — Furoncles, anthrax, abcès, ulcères malins.

Sulphur. — Il agit d'abord en facilitant l'action des autres remèdes, en les faisant précéder d'une ou deux doses de Sulphur, puis il agit pour son compte dans les ulcérations chroniques à bords enflés et avec de petits boutons aux alentours. Le pus est plus épais, excoriant,

de très mauvaise odeur. Il y a de l'aggravation par la chaleur et le soir. (*Pacific. Coast Journal of Homœopathy.*)

ANACARDIUM ET KALI PHOSPHORICUM DANS LA DYSPEPSIE NERVEUSE.

Kali phos. et Anacardium sont deux médicaments qui ont beaucoup de points communs pour le traitement de la dyspepsie nerveuse. Les symptômes qui permettent de les différencier sont les suivants :

D'abord, sous Anacardium, les symptômes reviennent avec une régularité parfaite, deux heures après les repas, tandis que sous Kali phos. ils peuvent varier d'une heure à trois heures.

Anacardium et Kali phos. présentent de fréquents retours de la maladie, mais sous Anacardium les rechutes sont toujours dues à un écart de régime, tandis qu'avec Kali phos. elles se montrent toujours à la suite de fatigues, d'ennui, en un mot, à la suite de causes mentales.

Le malade de Kali phos. est plus nerveux et plus neurasthénique que celui d'Anacardium. Enfin, un dernier signe différentiel entre Kali et Anacardium est l'état de l'urine qui doit être peu abondante et contenir des phosphates en excès lorsque Kali phos. est indiqué. (Laird in the *North American J. of Homœopathy.*)

LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DES DIFFÉRENTES PRÉPARATIONS MERCURIELLES.

Esprit. — Dans la mélancolie qui s'accompagne d'anxiété, d'agitation, d'attente de quelque malheur et lorsque le malade s'imagine que tout le monde lui en veut, Merc. vivus est le remède. Si cet état mental est consécutif à la syphilis, il faut mieux donner Merc. prot.

INSOMNIE. — Le malade de M. vivus a de l'appréhension, il craint de s'endormir, il s'agite sans savoir pourquoi, tandis que celui de M. corrosivus ne peut dormir par suite de vertige et d'anxiété dus à une diminution de sa vitalité.

TÊTE. — La caractéristique des maux de tête de M. vivus est une sensation de plénitude qui donne lieu à la sensation d'un bandage fortement serré autour de la tête avec aggravation des douleurs par la chaleur et par le froid.

M. corrosivus a un mal de tête assez semblable, mais plus intense avec du vertige et soulagement par les applications de froid.

M. prot. : Mal de tête à droite soulagé par la distraction.

Cinnabaris : Névralgies, douleurs qui courent autour de l'œil, sensation de lunettes trop lourdes sur le nez.

ŒIL. — Merc. vivus : Le malade souffre beaucoup du feu et de la lumière, épaississement des paupières, écoulement muco-purulent qui excorie les joues. Il agit aussi contre l'iritis qui s'accompagne de douleurs très sérieuses avec un caractère de déchirure et térébrant.

M. corrosivus est indiqué dans les inflammations plus violentes avec douleurs brûlantes autour des yeux, photophobie excessive, larmoiement irritant. Ulcère de la cornée. Spécifique de l'iritis syphilitique.

M. dulcis : Maladies de l'œil chez les scrofuleux avec induration ganglionnaire et peau flasque. Mêmes indications locales que pour M. vivus.

OREILLE. — M. vivus : Menaces de suppuration en cas de suppuration chronique avec peu de destruction des parties internes de l'oreille, pus fétide et strié de sang.

M. iod.: Inflammations secondaires consécutives à une pharyngite.

BOUCHE. — M. vivus et stomatite s'associent toujours

dans l'esprit des médecins homœopathes. Il est indiqué dans les formes simple et ulcérante, quand les gencives sont rouges, spongieuses, avec écoulement constant de salive et haleine fétide.

M. corrosivus : Etat inflammatoire plus violent, aphtes, muqueuse buccale très enflée et sensible.

Gorge. — Merc. corrosivus : Inflammation violente avec impossibilité d'avaler et menaces de suffocation.

Merc. proto. : Inflammation de l'amygdale et de la gorge à droite, langue recouverte d'un enduit jaunâtre à la base avec les bords et la pointe propres, enflure des glandes salivaires.

Merc. biniod. : Comme le précédent, mais pour le côté gauche, il y a aussi plus d'engorgement ganglionnaire, de maux de tête et de fièvre.

Merc. cyan. : Diphtérie à caractère malin avee beaucoup de prostration, la fausse membrane est foncée et d'apparence gangréneuse.

Estomac. — M. corrosivus : Catarrhe chronique de l'estomac.

Intestin. — M. vivus : Diarrhée précédée de besoins fréquents et violents avec beaucoup de ténesme qui continue après l'évacuation. Les selles contiennent des mucosités et sont foncées.

M. corrosivus : Spécifique de la dysentérie, même état que M. vivus, mais avec une plus grande intensité des symptômes; ténesme et excoriation très marqués, en même temps ténesme de la vessie avec forte brûlure en urinant.

Foie. — M. vivus : Hypertrophie et induration du foie avec grande sensibilité à la pression, jaunisse et selles décolorées.

PÉRITOINE. — Merc. corrosivus : Indiqué à la période d'épanchement avec douleurs brûlantes et sécantes, vomissements et selles dysentériques.

VESSIE. — M. vivus : Sensibilité de la vessie à la pression, ténesme en urinant, le jet d'urine est petit, l'urine contient du mucus, de l'albumine et du pus.

M. corrosivus : Mêmes symptômes que M. vivus, mais à un degré plus intense, il peut même y avoir suppression d'urine.

NEZ. — M. vivus : Coryza avec écoulement clair excoriant et de mauvaise odeur.

M. corrosivus : Etat plus sérieux, avec plus de brûlure et de sensibilité et tendance aux saignements de nez.

TOUX. — Toux sèche, dure, bruyante, s'accompagnant de douleur au larynx et de coryza.

M. corrosivus : Même état, mais plus sérieux, avec sensation comme si un couteau vous coupait la gorge et beaucoup d'oppression.

POUMON. — M. vivus : Pneumonie s'accompagnant de troubles du côté du foie et de toux sèche.

PEAU. — M. vivus : Ulcérations superficielles qui tendent à s'étendre avec sécrétion claire et excoriante, lésion eczémateuse tendant à suppurer.

M. proto. : Lorsque l'état se rattache à la syphilis.

RHUMATISME. — M. vivus : Rhumatisme surtout monoarticulaire avec douleurs de déchirure.

M. biniod. : Douleurs musculaires qui ne sont senties qu'étant couché et jamais pendant des mouvements actifs.

CŒUR. — M. vivus : Faiblesse de l'action du cœur, avec anxiété cardiaque et palpitation au moindre exercice.

M. cyanatus : Endocardite ulcéreuse, le cœur est rapide-

ment épuisé, surtout dans les menaces de paralysies dues à une maladie zymotique.

FIÈVRE TYPHOIDE. — M. vivus : Convient à la période de début lorsque les symptômes hépatiques sont proéminents et qu'il y a en outre les autres indications du remède.

M. cyanatus : Convient à une période beaucoup plus avancée lorsqu'il y a une prostration extrême des forces avec pouls faible et rapide, peau froide et humide.

SYPHILIS. — M. corrosivus : Chancre induré avec enflure et inflammation.

M. dulcis : Eruptions cuivrées et beaucoup d'engorgement ganglionnaire.

M. prot. : Douleurs ostéocopes intenses, plaques muqueuses dans la bouche et le pharynx.

M. nitronis : Ulcération qui s'étend rapidement avec douleurs semblables à celles produites par une aiguille.

CHANCRE MOU. — Merc. vivus : Chancres mous et bubons.

BLENNORRHAGIE. — M. vivus : Enflure de la verge, écoulement muco-purulent irritant augmenté par le froid.

M. corrosivus : Violente inflammation avec écoulement verdâtre abondant qui cause beaucoup de brûlure.

Dr G. NIMIER.

REVUE DES JOURNAUX

L'ALIMENTATION SOUS-CUTANÉE PAR L'HUILE D'OLIVE

Les injections sous-cutanées d'huile d'olive ne sont pas une nouveauté. Depuis longtemps, le Dr Roussel les a utilisées et a même admis une transformation locale de l'huile injectée en tissu adipeux. Le Dr du Mesnil de Rochemont a publié dans le *Deutschen Archiv. f. Kl. Med.*, un travail intéressant en ce qu'il montre la possibilité d'injecter de hautes doses et d'alimenter les malades au moyen de ces injections. 28 malades de l'hôpital d'Altona ont reçu plus de 300 injections. L'huile d'olive doit être stérilisée, puis portée à la température du corps, elle est injectée au moyen d'un appareil spécial sous la peau qu'il faut désinfecter. Pour ne pas être douloureuse, l'injection doit être poussée lentement, sous une faible pression, de manière à faire rentrer 100 cc. d'huile en une demi-heure ou en une heure. On a injecté 50 à 200 grammes par dose sans qu'il se soit produit aucune réaction du côté de la peau. La piqûre peut être rendue indolore au moyen de chlorure d'éthyle ; la douleur est surtout produite par la dilacération du tissu sous-cutané par l'injection qui doit, par conséquent, être faite lentement. Le mieux est de n'injecter que 60 grammes à chaque piqûre. Le résultat de ces injections est parfois surprenant. Un phitisque très amaigri, ne pouvant plus s'alimenter, a reçu en dix-huit jours en injections 2.600 grammes d'huile

d'olive et a gagné 3.500 grammes, malgré l'expectoration profuse et un diarrhée abondante.

Du Mesnil de Rochemont considère donc l'alimentation sous-cutanée par l'huile comme étant tout à fait rationnelle dans les cas d'amaigrissement poussé jusqu'à la disparition des réserves graisseuses. L'huile injectée se résorbe lentement et l'économie s'en empare sans qu'on observe des conséquences fâcheuses. L'huile agit alors comme moyen d'épargne de l'albumine dans l'organisme en état d'inanition, que les échanges soient normaux ou exagérés, l'organisme utilisant le plus souvent toute l'huile injectée. (*France médicale*, 21 octobre.)

Le Curare comme remède du diabète sucré

Le Curare, extrait du suc de la *Strychnos gaganensis toxifera* et d'autres plantes de la même famille, par exemple de la liane Wicrali, a été expérimenté sur des chiens, au collège de France, par Claude Bernard. En 1859, cet illustre physiologiste publia les résultats de ses expérimentations pures et s'exprimait ainsi : « Si l'animal a été empoisonné complètement par le curare, mais si on maintient artificiellement la respiration, on observe de l'*épiphora*, etc... *Toutes les sécrétions sont sensiblement augmentées; l'urine est abondante et contient du sucre, le chien est diabétique.* »

Le D[r] Clotar Muller, de Leipsig, en rappelant cette communication de Claude Bernard, dit dans un travail sur les *Sources de la thérapeutique* : « S'il est avéré que le curare donné à un animal bien portant, produit ces effets d'augmentation très sensible des sécrétions, augmentation de l'excrétion urinaire..., nous avons là *un remède*

spécifique contre le diabète et cela d'après le principe de l'homœopathie. »

Le Dr Burckhard, de Berlin, rapporte dans la *Leipsiger populære zeitung für homœopathie* (1897) que le curare lui a donné d'excellents résultats dans un grand nombre de cas de diabète sucré dans lesquels il prescrivait *curare*, 4e dilution centésimale, trois doses par jour. (*Journal belge d'homœopathie*, mars-avril 1898.)

TRAITEMENT DE LA TEIGNE TONDANTE PAR LES APPLICATIONS DE SEL DE CUISINE.

M. le Dr G. S. Perkins (de Londres) recommande contre la trichophytie du cuir chevelu le traitement suivant qui lui aurait toujours donné de bons résultats même dans les cas de teigne tondante invétérée :

On prend du chlorure de sodium finement pulvérisé et on l'incorpore à une petite quantité de vaseline, de façon à obtenir un mélange ayant la consistance d'une pommade. On frotte avec cette pommade matin et soir les placards trichophytiques préalablement rasés et on continue ainsi jusqu'à ce qu'il se forme une eschare, ce qui se produit généralement au bout de deux à quatre jours ; on fait alors des pansements avec une pommade quelconque. L'excoriation une fois cicatrisée, les cheveux repousseraient parfaitement sains et la teigne se trouverait définitivement guérie. (*Semaine médicale*, 26 octobre.)

TRAITEMENT DE LA CHÉLOÏDE PAR LES INJECTIONS D'HUILE CRÉOSOTÉE.

MM. F. Balzer et Monsseaux. La fréquence des récidives

après l'ablation chirurgicale des chéloïdes est aujourd'hui bien connue. Nous venons d'essayer, dans un cas de ce genre, les injections intra-parenchymateuses d'huile créosotée à 20 0/0, déjà préconiséees par M. P. Marie (*Soc. méd. des hôp.*, 3 mars 1893). Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, de constitution strumeuse et dont le père est mort tuberculeux ; elle présentait au niveau du lobule de l'oreille gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, s'étendant dans toute la région maxillaire voisine; de coloration rouge brun et de consistance élastique, cette tumeur avait déjà été extirpée il y a trois ans et avait récidivé plus volumineuse qu'auparavant. Une autre plus petite était apparue à l'angle de la mâchoire. Après avoir porté le diagnostic de chéloïdes vraisemblablement tuberculeuses, nous avons pratiqué dans ces tumeurs des injections d'huile créosotée à 20 0/0; nous injections, chaque fois, un centimètre cube en plusieurs piqûres faites en des points différents, mais le tissu se laissant difficilement infiltrer par le liquide, une certaine quantité ressortait presque aussitôt; la douleur était peu intense, mais les jours suivants il se produisait une inflammation assez vive avec gonflement, bientôt suivie de l'élimination d'une portion de tissu chéloïdien, et d'une ulcération assez profonde se réparant en quelques jours et ne laissant qu'une cicatrice presque invisible. La petite chéloïde a disparu après quatre injections, ne laissant à sa place qu'une trace rougeâtre ; neuf injections furent pratiquées dans la plus grosse dont il ne persiste plus qu'une grosseur du volume d'une petite noisette, molle, élastique, située dans le sillon rétro-auriculaire ; le lobule de l'oreille a reparu et s'est dégagé ; il est entouré d'une zone rouge brunâtre, souple, où l'infiltration de la peau tend à diminuer ; l'amé-

lioration déjà obtenue permet d'espérer un résultat encore plus complet. (*France médicale*, 16 décembre.)

UN CAS D'URTICAIRE VERMINEUSE

M. Jacquet raconte qu'un homme de trente ans, très vigoureux, fut pris, il y a dix mois, de violentes coliques nocturnes avec vomissements, sans diarrhée. Une dyspnée considérable existait en même temps. En outre, surtout avant et après les crises, mais aussi dans leur intervalle, il souffrait de fortes démangeaisons accompagnées de larges plaques d'urticaire.

Ces accidents se produisirent, au début, tous les quinze jours environ, puis de semaine en semaine. Cet homme devint pâle, faible et maigre sans qu'il fût possible de trouver la cause de ces troubles. Un matin, après quelques chatouillements de gorge, le malade vomit trois lombrics. De la santonine lui fut administrée et il évacua six lombrics, la plupart de grande taille. Depuis lors, c'est-à-dire depuis plus de deux mois, nul malaise digestif, plus de démangeaisons ni d'urticaire; sa santé est redevenue parfaite. Des faits analogues ont été signalés à propos de lombrics ou d'autres helminthes ; peut-être sont-ils trop oubliés. (*Presse médicale*, 10 décembre.)

BIBLIOGRAPHIE

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE POSITIVE (HOMŒOPATHIE)

Le Dr Sieffert vient de publier (1) un volume très intéressant et destiné à rendre de grands services aux praticiens, soit qu'ils pratiquent déjà depuis longtemps l'homœopathie, soit qu'ils veuillent essayer cette branche de la thérapeutique. Ils trouveront, dans ces 600 pages, ce qu'il y a de plus important à savoir dans l'homœpathie.

Dans sa préface, le Dr Sieffert expose les généralités de l'homœopathie ; les différentes préparations pharmaceutiques, la matière médicale, la loi de similitude, les doses.

Puis, ce qui est le fond de l'ouvrage, le Dr Sieffert passe en revue tous nos médicaments par ordre alphabétique ; pour donner une idée de la manière dont il traite chaque médicament, nous reproduisons ici ce qu'il dit sur l'aconit :

ACONITUM

Synonymes : Aconit napellus ; Capuchon ; Coqueluchon ; Madriette ; Thore.

Antidotes : Acetum ; Chamomilla ; Coffea ; Nux vomica ; Veratrum ; Vinum.

Durée d'action : Courte. Dans les cas aigus, il faut souvent renouveler la dose ; dans les cas chroniques, toutes

(1) Chez le Dr W. Schwabe de Leipsig.

les vingt-quatre à quarante-huit heures. Ce médicament s'adapte surtout aux cas de maladies récentes.

Préparation : L'essence se prépare avec la plante entière, fleurs, feuilles, tiges et racines.

Thérapeutique : A petites doses, accélération de l'action du cœur et élévation de température, suivies d'alternatives de froid et de fièvre, d'accélération tumultueuse du cœur, sueurs et grande faiblesse. A plus fortes doses, paralysie du cœur, pouls faible, sueur froide, paralysie des nerfs sensitifs et moteurs, vomissements et diarrhée, convulsions et mort. *Excessive détresse mentale caractéristique.*

Ce médicament nous présente donc, dans sa pathogénésie, deux mouvements fébriles différents : l'un avec phénomènes inflammatoires très prononcés, l'autre avec facies pâle, refroidissement et petitesse du pouls. Indiqué dans tous les cas où il existe de l'hyperthermie, pouls plein et accéléré, grande sécheresse de la peau — surtout, au début, quand cette indication n'est pas primée par un autre médicament plus spécialement adapté. « Lorsqu'une « maladie fébrile grave, comme par exemple le croup « diphtérique, exige un spécifique, il est absolument con- « trindiqué de perdre son temps avec Aconit, qui est inca- « pable de guérir une maladie infectieuse. Quand le propre « de la maladie exige un spécifique particulier ce spéci- « fique jugulera les symptômes fébriles apparaissant avec « la maladie. Où il y a danger imminent, Aconit unique- « ment symptomatique contre la fièvre en général, ne « devra pas être donné tout d'abord. » (Heinigke.) Son action est surtout remarquable, lorsque le malade est *agité et angoissé.*

Son indication, dans la fièvre, cesse avec l'apparition de la sueur. Son usage, pendant deux ou trois jours, suffit

généralement pour réduire tout commencement de trouble des fonctions organiques, surtout après refroidissement. Le type de la fièvre d'Aconit n'est ni intermittent, ni rémittent. Si l'un de ces types apparaît, il s'agit probablement d'une maladie infectieuse, et dans ce cas ce n'est pas Aconit, mais Belladone qui se trouve indiqué.

Mode d'emploi et doses : Teinture-mère, dilutions et triturations. Un des médicaments les plus employés à fortes doses (XX à XXX gouttes de teinture-mère dans 200 grammes d'eau alcoolisée ; on peut même doubler la dose dans la *Diathèse purulente* et *l'Ictère grave*) : Dans les *affections chroniques*, surtout les *névralgies*, doses infinitésimales ; dans les *phlegmasies* à mouvement fébrile peu intense, doses faibles, mais pondérables. Dans les *pyrexies graves*, quand la malignité est évidente, et que la température se tient constamment aux alentours de 39°, le plus souvent au-dessus, surtout lorsqu'il existe des accidents urémiques, on donnera toutes les heures, au besoin toutes les demi-heures, un mélange d'Aconit T. M. (V gouttes) et Veratum viride T. M (V gouttes) jusqu'à chute du thermomètre.

Clinique : *Aliénation mentale*, surtout au début, notamment s'il y a fièvre, délire maniaque, agitation, impulsions furieuses, pouls grand, impressionnabilité, crainte de la damnation ; *folie puerpérale* — 3e dilution ;

Angine de poitrine ; surtout accès nocturnes (angoisse, douleur sternale, irrégularité du pouls, palpitations, lipothymies, accès d'angoisse avec sueur) — dilutions élevées ;

Appendicite. Symptômes fébriles avec expression anxieuse de la face, douleurs brûlantes, tranchées dans les intestins, aggravées par la plus légère pression, par le

mouvement, par le décubitus sur le côté droit. Abdomen chaud au toucher. L'affection est consécutive au refroidissement (Douglass);

Artérite, avec fièvre violente ;

Asthénopie, par surmenage oculaire (chaleur et hyperhémie) ;

Blépharite aiguë, au premier stade de l'inflammation ;

Bronchite, au début, avec mouvement fébrile — 3e dilution ;

Céphalalgie congestive — 6e dilution ; alterné avec Belladone ;

Cœur : troubles de compensation par défectuosités valvulaires — 3e dilution ;

Choléra (Cramoisy) — teinture-mère ;

Conjonctive catarrhale, — remède capital au premier stade, surtout s'il y a eu présence de corps étranger (grande hyperhémie, œdème, violentes douleurs) ;

Coryza : premier stade des affections fébriles des voies aériennes — 3e dilution ;

Diathèse purulente, avec tendance au collapsus (seconde variété du mouvement fébrile) — teinture-mère de 1 à 4 grammes par jour ;

Dysenterie, à début très fébrile avec prostration et tendance au collapsus (2e variété du mouvement fébrile — dilutions moyennes ;

Endocardite chronique (symptômes douloureux) — teinture-mère ;

Erythème cutané, avec légère fièvre — 3e dilution ;

Fièvres éphémère et *synoque* (1re variété de fièvre) — 3e dilution ;

Fièvre typhoïde, au début (fièvre, céphalalgie, sans localisation bien marquée), (1re variété de fièvre) — 3e dilution à teinture-mère ;

Fourmillements ;

Goutte aiguë et *polyarticulaire* (pendant l'accès, toutes les dix minutes, plus tard toutes les deux heures) — 3e dilution ;

Hémoptysies, par congestion active des poumons : anxiété, agitation, sang rouge et spumeux abondant avec toux incessante, état lipothymique, pouls petit, faiblesse, face pâle — basses dilutions ;

Hypochondrie (chagrin, anxiété, crainte de la mort);

Hystérie, rebelle aux autres médicaments (crises marquées par un état de syncope ou de somnolence, qui survient quelques heures après les repas) — dilutions moyennes ;

Ictère grave — teinture-mère (II gouttes toutes les deux heures) ;

Kératite interstitielle, avec ulcération superficielle par traumatisme ou refroidissement (rougeur de la conjonctive avec chémosis et photophobie) ;

Iritis et *Iritis traumatique* au premier stade (irruption soudaine, chez les malades jeunes et sanguins, après refroidissement) ;

Laryngite (premier stade fébrile) — 3e dilution ;

Lipothymie hystérique (tendances) ;

Ménorrhagie (grande excitation, anxiété, crainte de la mort, etc. ; le sang est rouge vif et chaud) ;

Névralgies (élancements brûlants, fourmillements), surtout *brachiale* et *trifaciale* — 3e dilution ;

Névroses — dilutions élevées ;

Odorat exalté (hystérie) ;

Ophtalmie traumatique. Remède principal, préventif et curatif, de l'inflammation consécutive au traumatisme — intus et extra ;

Otite moyenne suppurée, avec grande fièvre ;

Palpitations avec anxiété et douleur vive dans la région cardiaque s'étendant vers le bras gauche, et accompagnée de fourmillements et d'engourdissement dans les doigts ;

Parésie des muscles de l'œil, suite de refroidissement ;

Péricardite (mouvement fébrile, douleurs cardiaques, palpitations, anxiété, lipothymies, et même lésions mitrales, — teinture-mère ;

Péritonite aiguë à toutes les périodes, surtout *Pelvi-Péritonite* (mouvement fébrile intense de la première période) — teinture-mère ;

Pleurésie aiguë, surtout au début, avec grande hyperthermie et épanchement considérable — teinture-mère ;

Pneumonie catarrhale, au premier stade — 3ᵉ dilution ;

Rougeole (mouvement fébrile) — teinture-mère, et basses dilutions chez les enfants ;

Rhumatisme aigu, au début avec fièvre intense et sueurs profuses (première variété du mouvement fébrile) — teinture-mère ;

Rhumatisme musculaire — 3ᵉ dilution ;

Scarlatine (forme angineuse) — 3ᵉ dilution, et dans la forme commune en alternance avec Belladona 3ᵉ ;

Sclérite, au stade aigu ;

Urémie — Aconit. T. M. et Veratrum vir. aa V gouttes toutes les heures, en cas d'hyperthermie ;

Tic douloureux facial — 3ᵉ dilution alternée avec Arnica 3ᵉ ;

Uréthrite aiguë, élancement dans le méat et la fosse naviculaire, avec brûlement en urinant ; brûlement au col de la vessie, en dehors de la miction ; écoulement verdâtre abondant ; érections nocturnes douloureuses.

Usages externes : *Alopécie*, mixture avec :

Aconit T. M. . . .	15	grammes.
Chloroforme	8	—
Poudre de camphre.	4	—
Huile d'olive	30	—

(Harrison Allen.)

Engelures ; *Herpes zoster* (application locale de teinture) ;

Névralgies orbitairè (application locale de teinture) ;

Pharyngite aiguë, gargarisme avec 8 grammes de teinture dans 250 grammes d'eau.

TOXICOLOGIE. A durée d'action de quelques heures dans les cas aigus, de quelques jours dans les cas chroniques, ce médicament ne doit pas être administré pendant la digestion. D'autre part, il devient toxique à la dose de 5 à 6 gr. Son contrepoison le plus efficace est la solution iodurée de Bouchardat à prendre par demi-verrées :

Iodure de potassium . .	40	centigrammes.
Iode.	30	—
Eau.	1	litre.

Dans une dernière partie, le Dr Sieffert passe en revue, par lettre alphabétique, les principales maladies et les principaux symptômes et, à propos de chacun d'eux, il rappelle les principaux médicaments indiqués ; en se reportant à chacun de ces médicaments, on pourra reconnaître facilement celui qui convient au cas particulier.

En terminant, nous remercierons le Dr Sieffert pour son excellent ouvrage, que nous voudrions voir dans les mains de tous nos confrères.

Dr MARC JOUSSET.

VARIÉTÉS

LE TOMBEAU DE HAHNEMANN

12e liste de souscription

(Souscriptions reçues au secrétariat du Comité.)

Souscriptions envoyées par la pharmacie homœopathique Piotruzinski, à Paris.

	Francs.	
M. le marquis de C. R.	100	»
M. X.	5	»
Mme J. R.	5	»
M. C.	1	»
M. X.	4	»
M. C.	5	»
Mme E.	20	»
Total.	140	»

(Souscriptions envoyées par M. le Dr B. James, de Philadelphie.)

	Dollars.	
John Wetmore, M. D. New-York.	20	»
C. H. et C. et D. Martin, M. D. Allentown, Pa.	5	»
Thomas Shearer, M. D. Baltimore	5	»
T. L. Shearer, M. D. Baltimore.	5	»
Walter Wesselhœf, M. D. Cambridge, Mass.	5	»
H. C. Allen, M. D. Chicago.	2	»
	47	»

En francs. 240 85

	Francs.	
M. le Dr Martin, de Douai	20	»
M. le Dr Boyer, de Paris	50	»
M. le Dr Collet, du Havre.	10	»
M. le Dr Merlopoulos, de Messène, Grèce	3	»

(7e liste espagnole).

	Pesetas.	
Dr Guanabens	10	»
Dr Oliveira (Uruguayana, Brésil)	10	75
En francs. 20 75		

(*Souscriptions annoncées dans les journaux homœopathiques*)

Allgemeine hom. Zeitung, 8 décembre 1898.

	Marks.	
Pharmacie Sauter, à Genève	100	»
Dr Antze, Bremen	5	»
Pastor Fauth, Gersweiler	3	»
Dr Focke, Freiburg (Breisgau)	10	»
Dr Kramer, Karlsruhe	3	»
Dr Förster, Görlitz	10	»
En francs. 163 75		

Monthly hom. Review, décembre 1898.

	Livres.	Shellings.
Dr Proctor	1	1
Dr Deane	1	1
Dr Knox Shaw	1	1
Dr Noble	1	1
Dr Majumdar (India)	1	1
Homœopathic World.		
Dr Murray (Folkestone)	1	1
En francs. . . . . 130 »		
		26 25

Annales homœopathiques de Paris.

M. Chatain	10	»
Mme Cottier (2e versement)	5	»
Mlle Ragonaux	5	»
	824	60
Listes précédentes	11.826	30
Total	12.650	90

ÉCOLE FRANÇAISE D'HOMOEOPATHIE

2e ANNÉE

Programme des cours :

Samedi 14 janvier, Dr P. Jousset : de l'Homœopathie.

Jeudi 19 Janvier, Dr Léon Simon : Choléra.

Samedi 21 janvier, Dr Cartier : Angines simples, Coqueluche.

Jeudi 26 janvier, Dr Léon Simon : Grippe.

Samedi 28 janvier, Dr Cartier : Affections des veines.

Jeudi 2 février, Dr Léon Simon : Fièvre typhoïde.

Samedi 4 février, Dr Cartier : Dyspepsie et Gastralgie.

Jeudi 9 février, Dr Love : Affections du larynx.

Samedi 11 février, Dr M. Jousset : Pneumonie et Bronchopneumonie.

Jeudi 16 février, Dr Love : Diarrhée des enfants, dysenterie.

Samedi 18 février, Dr M. Jousset : Pleurésie et Asthme.

Jeudi 23 février, Dr Love : Affections chroniques des os et des articulations.

Samedi 25 février, Dr M. Jousset : Hémoptysies; névralgies sus-orbitaires.

Jeudi 2 mars, Dr Tessier : Affections de la Peau.

Jeudi 9 mars, M. Écalle : Pharmacologie.

Ces cours, publics et gratuits, auront lieu à la mairie du VIe arrondissement, place Saint-Sulpice, les jeudis et samedis à 9 heures.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

L'ART MÉDICAL

FÉVRIER 1899

EDOUARD DUFRESNE

Je rencontrai pour la première fois Edouard Dufresne chez J. P. Tessier en 1840. C'était alors un grand jeune homme, élancé, à l'air très distingué, au regard clair et intelligent, à la parole correcte. Il avait l'abord un peu froid, comme tous ses compatriotes ; — on dirait vraiment que l'esprit de Calvin a déteint sur tous les Genevois — mais chez Dufresne cette froideur n'était qu'à la surface et sitôt qu'on le connaissait un peu, il devenait bon et aimable. Je le retrouvai dans l'internat et nous étions de garde ensemble à l'Hôtel Dieu. d'où naturellement naquit bientôt entre nous une grande intimité. Dufresne resta peu de temps à Paris. Aussitôt son internat fini, il passa sa thèse et retourna à Genève où deux devoirs le rappelaient. Comme catholique, il devait lutter pour conquérir la liberté religieuse ; et, comme médecin,il avait à continuer l'œuvre de son père.

Là aussi il devait trouver la lutte, car son père était l'introducteur de l'homœopathie à Genève.

L'action d'Edouard Dufresne sur la médecine est double. Il fut d'abord l'initiateur de l'homœopathie dans

l'école de J. P. Tessier, il fut ensuite un des vulgarisateurs et des défenseurs les plus fervents des doctrines de ce maître.

Pierre Dufresne, que nous connaissons par la biographie que son fils a publiée dans *l'Art Médical*, était un homme supérieur ; sa grande Intelligence médicale et un travail opiniâtre avaient développé chez lui la conviction invincible que la vérité thérapeutique était contenue dans la réforme de Hahnemann.

Elevé par un tel père, Edouard Dufresne arriva à Paris homœopathe convaincu. Mais doué d'un caractère froid et résolu, il se réserva et ne fit connaître à Tessier ses convictions thérapeutiques qu'au moments où ce Maître après avoir édifié les trois chapitres de *la nature de l'homme*, de *la maladie*, de *la cause* se demandait anxieusement comment il pourrait compléter la pathologie générale, et constituer une thérapeutique avec les connaissances contradictoires et hypothétiques qu'on appelait la thérapeutique en 1840.

Edouard Dufresne n'eut pas de peine à faire comprendre à son maître que la matière médicale expérimentale inaugurée par Hahnemann et la loi d'indication, *similia similibus*, formulée par Hippocrate étaient les deux bases qu'il cherchait pour une thérapeutique positive.

C'est le lieu de dire ici quelle influence exerça et sur l'école de Tessier et sur l'homœopathie la nouvelle thérapeutique que Dufresne, en s'en allant, nous légua comme le *trait du Parthe*, ainsi qu'il aimait à le dire.

Cette nouvelle doctrine thérapeutique fut pour notre école le complément heureux de la médecine générale ; mais, en même temps, elle fut pour nous la source d'une

impopularité formidable qui, tout en s'atténuant, dure encore aujourd'hui. Depuis cinquante ans nous portons ce fardeau d'une réforme combattue par l'universalité des médecins ; nous avons dû renoncer aux carrières scientifiques et, pendant longtemps, nous fûmes placés en dehors de la confraternité professionnelle.

Non seulement nos personnes ont eut à souffrir de l'intolérance officielle, mais l'expansion même de nos doctrines a été retardée. *L'essentialité* des maladies seule a forcé les barrières et a pénétré dans l'enseignement officiel; elle a éclairé et réformé la pathologie interne, et les espèces morbides sont acceptées aujourd'hui par tous les médecins. En étiologie, la doctrine des prédispositions définies est en train de conquérir sa place sous les noms de *terrain* et de *bouillon de culture* : mais combien d'années s'écouleront encore avant que la thérapeutique positive, inspirée par Hahnemann, ait conquis sa place légitime.

Examinons maintenant ce que l'homœopathie a gagné à la conversion de J.-P. Tessier et de ses élèves.

L'entrée de J.-P. Tessier et de ses élèves dans l'école homœopathique eut une influence considérable sur cette réforme.

Notre école était autrement armée que Hahnemann pour tous les problèmes de médecine. Aussi, malgré bien des oppositions, oppositions naturelles chez des élèves directs de Hahnemann, l'école de Tessier, soutenue par la plupart des grands praticiens qui s'étaient ralliés à l'homœopathie, donna à cette thérapeutique un caractère scientifique élevé, et, pour tout dire, la rendit capable d'exercer sur nos confréres dissidents une légitime autorité.

C'est cette transformation qui prépare à l'homœopathie

son retour à la place d'honneur qu'elle doit occuper et quelle occupera en thérapeutique.

C'est surtout comme journaliste qu'Edouard Dufresne contribua à la propagation des doctrines médicales enseignées par J.-P. Tessier.

En dehors et au-dessus des ouvrages de polémique du médecin de Genève, nous plaçons la *relation d'une épidémie de variole hémorrhagique* qu'il eut l'occasion d'observer à l'hôpital de *Plaimpalais* (à cette époque, l'intolérance sectaire ne l'avait pas encore éloigné de ce poste). La description de la *forme hémorrhagique* de la variole y est faite de main de maitre. Il signale, avec tout le tact d'un grand praticien, les anomalies, le danger considérable et souvent inattendu qui fait de la variole hémorrhagique une des variétés les plus meurtrières de la *forme maligne*. Les ressources et les mécomptes de la thérapeutique y sont scrupuleusement indiquées : et il remarque très judicieusement que les vaccinés sont moins immunisés vis à vis de cette forme que vis à vis de la variole confluente.

Dufresne publie, vers le même temps, l'histoire d'une épidémie de *grippe* et de *rougeole* dans laquelle se retrouvent les mêmes qualités de clinicien.

La thèse d'Edouard Dufresne était une exposition et une défense de la *diathèse purulente*. Le plus grand nombre des articles qu'il a publiés dans l'*Art Medical* jusqu'à ces dernières années a été consacré au même sujet.

L'infection purulente, les abcès métastatiques, la théorie de la phlébite ont été les questions principales agitées par les médecins vers la fin de la première moitié de ce siècle. Les journaux et les livres de cette époque sont remplis de polémiques sur ce point de pathologie ; et cette polémique retentissait dans les académies.

J.-P. Tessier après avoir refuté l'explication du transport mécanique du pus destiné à former les abcès dits *métastatiques,* après avoir démontré par des travaux d'anatomie pathologique d'une grande valeur, publiés dans « *L'Expérience* » de 1838, que le pus ne pouvait passer dans le sang ni au commencement ni à la fin de la phlébite, posa la *diathèse purulente* comme une maladie, comme une espèce morbide pouvant seule expliquer les cas traumatiques et les cas spontanés de pyohémie. Dans cette doctrine, les abcès métastatiques se développaient directement dans les organes malades et on pouvait suivre leur évolution depuis la simple ecchymose jusqu'à la collection purulente; et la phlébite n'était qu'une lésion incapable de verser le pus dans le torrent circulatoire.

La diathèse purulente avait une grande valeur doctrinale. Elle fut acceptée avec passion par les médecins partisans de l'essentialité des maladies, mais elle fut combattue par l'école organicienne dont elle renversait toutes les explications. Le combat fut donc long et acharné, et il est facile de comprendre comment Dufresne, si attaché à son maître et à son enseignement, n'a laissé échapper aucune occasion de lever la lance en faveur de la diathèse purulente. Mais depuis la bactériologie, la science a bien changé de face. Qui s'occupe aujourd'hui de la théorie mécanique des abcès métastatiques, de la phlébite et, par conséquent, de la diathèse purulente ? Certes l'idée de J.-P. Tessier est restée vraie. On ne peut nier l'existence d'une maladie caractérisée par un mouvement fébrile particulier et par la transformation en pus des solides et des liquides coagulables de l'économie.

Cette maladie, constituée par J.-P. Tessier en espèce morbide, reste ce qu'il l'a faite; toujours identique à elle-

même ; survenant soit à l'occasion d'un traumatisme, soit spontanément ; affectant des formes diverses que nous n'avons point à décrire ici, et toujours caractérisée par l'ensemble des lésions et des symptômes énumérés plus haut.

Seulement, ce qui reste acquis c'est que, chez les individus prédisposés, la cause instrumentale est toujours un *streptocoque*, qu'il soit introduit par une plaie, un accouchement, ou qu'il pénètre par un mécanisme inconnu en dehors du traumatisme.

Edouard Dufresne a, de plus, publié de nombreux travaux sur des sujet qui ne sont point purement médicaux et parmi lesquels nous noterons une étude sur deux botanistes célèbres, les frères Tulasne ; et de nombreux articles dans le *Globe* organe de la Société de géographie ; enfin il fut, avec son ami l'abbé Mermillod, devenu plus tard cardinal, un des collaborateurs assidus des *Annales catholiques de Genève*.

Comme *praticien*, Dufresne acquit une haute situation. non-seulement à Genève où les protestants comme les catholiques lui demandaient ses conseils médicaux, mais aussi dans les pays voisins.

Genève est un lieu de passage pour aller aux eaux; c'est un chemin que l'on prend encore pour aller en Italie ou en Allemagne ; mais, de plus, Genève est une ville libre, un asile sûr où l'on rencontre des proscrits et des exilés de toutes les nations. Ces conditions nous expliquent comment Dufresne compta dans sa clientèle les plus grands noms de la France et de l'Italie.

Ces hautes relations furent un honneur pour lui ; et

jusqu'à un certain point une puissance qu'il utilisa pour le triomphe de ses convictions religieuses et scientifiques.

Citoyen d'un Etat républicain, Edouard Dufresne se laissa toujours guider par des doctrines vraiment libérales, D'une famille de conservateurs, il se ralia à James Fazy tant que cet homme politique respecta la liberté religieuse et il lutta contre lui quand il devint intolérant, en exilant Mgr Mermillod. Mais quand, sous la conduite de Carteret, le radicalisme devint franchement persécuteur, Ed. Dufresne se trouva au premier rang des opposants et il lutta pied à pied pour reconquérir la liberté religieuse.

Dans toutes ces positions si différentes, Edouard Dufresne se montra tellement droit dans sa conduite, tellement courtois avec ses adversaires qu'il mérita cette éloge que lui consacre le journal protestant de Genève.

« Quant à nous, bien que différent d'opinion avec lui sur beaucoup de points essentiels, nous avons toujours touvé chez lui beaucoup de courtoisie et même de bienveillance, et c'est avec un sincère regret que nous avons appris la disparition d'un citoyen qui fut notre constant adversaire sur le terrain religieux, un allié intermittent sur le terrain politique, mais avec qui nous n'avons jamais eu que les relations personnelles les plus courtoises, nous dirions volontiers les plus amicales. » (*Journal de Genève*, 8 décembre 1898).

Telle fut la vie de notre ami. On peut dire de lui qu'il fut homme de devoir avant tout, aussi bien comme citoyen que comme médecin et que sa vie a atteint une élévation peu ordinaire. Il conserva jusqu'à une extrême vieillesse la plénitude de ses facultés et la mort le saisit brusquement au moment où il terminait un rapport sur la Société

de Saint-Vincent de Paul; ce fut dans la nuit du 7 décembre. De sorte qu'on peut dire de lui que, comme un bon ouvrier, il ne partit qu'après avoir terminé sa journée, couronnant ainsi une longue existence de travail et d'honneur.

Dr P. Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

Des indications de l'opération dans l'appendicite

Nous revenons aujourd'hui sur cette question de l'appendicite et de son traitement chirurgical, parce que nous y voyons une grande utilité au point de vue de la responsabilité médicale. Quand un homme de la notoriété de M. Dieulafoy proclame à la tribune académique et dans sa chaire de professeur qu'on ne doit jamais mourir de l'appendicite, le simple praticien voit sa responsabilité démesurément accrue par cette affirmation du professeur; son embarras est très grand; fera-t-il pratiquer, sans indication, une opération souvent suivie de mort, ou assumera-t-il la responsabilité d'un traitement médical qui n'a rien d'infaillible. Dans un certain monde, le médecin sait qu'il a à compter avec des courants d'opinions scientifiques dont les parents et les amis du malade se rendent l'écho souvent exagéré.

Placé en face d'une appencidite de forme commune exempte de complications dramatiques, il sait qu'il peut guérir cette affection par le traitement médical; mais il sait aussi que des complications inattendues peuvent sur-

venir, qu'une aggravation subite peut le contraindre d'appeler le chirurgien, et ce qu'il sait surtout, c'est que si le malade succombe, un concert d'anathèmes lui est réservé et que les incompétents qui entourent le malade n'hésiteront jamais à dire : ce malade est mort parce qu'on l'a opéré trop tard; c'est la faute du médecin.

Cette situation extrêmement délicate faite au médecin praticien est due, sans nul doute, aux affirmations que M. Dieulafoy prodigue d'un cœur léger.

Placés entre leur intérêt qui est de faire opérer toujours, et entre leur conscience qui n'autorise d'opération que lorsqu'elle est positivement indiquée, je crois bien que beaucoup de médecins préféreraient n'avoir jamais d'appendicite à traiter. Mais comme ils ne peuvent éviter de se rencontrer avec cette maladie, je crois leur rendre un service en réduisant à leur juste valeur les affirmations de M. Dieulafoy et en donnant des indicatious positives de l'opération, telles que les ont fixées, à l'Académie et à la Société de chirurgie, nos principaux chirurgiens.

Nous avons, dans le n° de mai 1898 de *l'Art médical* exposé les théories de M. Dieulafoy sur l'appendicite et nous avons réfuté ses hypothèses sur *les colères du Bacillum Coli* retenu dans un appendice dont le canal est oblitéré. Nous ne reviendrons pas sur ce point et nous nous contenterons de renvoyer le lecteur à cet article. Mais tout récemment, dans la séance de l'Académie du 8 novembre 1898, M. Dieulafoy signale un danger nouveau, beaucoup plus grave que tous les autres. La théorie qu'il a beaucoup plus longuement exposée dans une de ses dernières leçons repose toujours sur l'exaltation du colibacille retenu dans l'appendice transformé en cavité close. De là, le bacillum coli devenu extrêmement virulent, se

propage d'abord dans les petites veinules appendiculaires, puis dans les veinules plus grosses, dans la grande veine mésaraïque et enfin dans la veine porte, par où il gagne le parenchyme du foie, où il va coloniser avec une effrayante rapidité.

L'infection se propage, envahit les poumons, et bientôt les abcès, dits métastatiques, se rencontrent par milliers dans les viscères.

Ces lésions s'accompagnent toujours de gros frissons tremblants comme la fièvre intermitente, revenant par accès réguliers, suivis d'une élévation thermique considérable, d'une coloration jaune des téguments, de la chute des forces, du collapsus et de la mort qui ne fait jamais défaut.

C'est dans cette leçon que M. Dieulafoy dit : « Pour résumer ma pensée en quelques mots, j'affirme qu'on ne doit jamais mourir d'appendicite. »

Revenant sur la description de ce que M. Dieulafoy appelle l'infection colibacillaire du foie ; il n'est pas difficile d'y reconnaître tous les signes de l'affection, autrefois si fréquente, appelée *pyohémie* ou *diathèse purulente*. Les grands frissons tremblants revenant par accès, la haute thermalité, la dépression des forces, les phlébites, les arthrites suppurées et les abcès dits métastatiques constituent un ensemble de symptômes et de lésions caractéristiques. Or, si cette forme morbide apparaissait le plus souvent à la suite des opérations et des accouchements, on la rencontrait encore à la suite de grandes fatigues et de causes déprimantes, enfin elle compliquait aussi les phlébites suppurées. M. Dieulafoy en a rencontré des exemples dans l'appendicite et il a voulu l'expliquer

par l'infection colibacillaire. Nous n'avons pas pour le moment à examiner cette explication, nous nous contenterons de remarquer que la pyohémie est un accident très rare de l'appendicite.

Abordant maintenant l'objet principal de ce travail, nous rapporteronts l'opinion des chirurgiens sur l'intervention opératoire dans l'appendicite. Voici d'abord un passage de M. L. Labbé, à propos du pronostic de l'appendicite, du 22 septembre 1898 : (Société de Chirurgie).

Dans une des précédentes séances, M. Dieulafoy a terminé sa communication sur la toxicité de l'appendicite en disant qu'on ne devait pas mourir de cette affection. Cette proposition ainsi formulée me paraît beaucoup trop absolue. Il résulte des nombreux faits que j'ai eu l'occasion d'observer que, n'importe l'époque à laquelle on intervienne et quelles que soient les précautions dont on s'entoure, il y a des cas d'appendicite où une issue funeste ne peut être conjurée. Il est bon que cette correction soit apportée à la proposition de M. Dieulafoy, car, prise à la lettre, celle-ci serait de nature à faire encourir un blâme tout à fait immérité aux médecins qui auront encore le malheur de perdre un de leurs opérés, bien qu'ils n'aient rien négligé pour lui sauver la vie.

Voici maintenant ce que M. Le Dentu disait sur le même sujet à l'Académie de médecine (séance du 15 novembre 1898) :

« M. Dieulafoy a déclaré en outre qu'on ne devait pas mourir d'appendicite, voulant dire par là, je suppose, que si l'on opérait toutes les appendicites dans les premières heures qui suivent leur début, l'intervention

aurait beaucoup de chances de sauver tous ou presque tous les malades.

Malheureusement, nous opérons les patients dans des conditions et à la période de la maladie où les médecins croient opportun de nous les présenter ; il en résulte que même dans les cas aigus, il s'en faut de beaucoup que nous soyons toujours sûrs du succès. Et puis il y a des cas compliqués et d'un diagnostic impossible ; il y en a aussi d'insidieux qui, au début, n'appellent pas l'intervention ; et sous cette bénignité apparente se cache parfois une gangrène en masse, comme j'ai eu l'occasion de l'observer il y a quelques mois. L'appendice que j'avais enlevé à un enfant était gangrené en son entier et c'est à peine s'il existait quelques exsudats autour de l'intestin. Malgré toutes les précautions prises, l'extirpation fut suivie d'une suppuration abondante de la fosse iliaque, à laquelle mon petit malade finit par succomber.

Je crois donc, contrairement à l'opinion de M. Dieulafoy, qu'en l'état actuel des choses, on mourra encore quelquefois d'appendicite. »

Nous allons maintenant rapporter l'opinion d'un certain nombre de chirurgiens sur l'opportunité de l'opération dans l'appendicite et en particulier sur les symptômes qui justifient et indiquent l'opération.

M. Routier, qui a la réputation d'un interventionniste à outrance, admet cependant que la conduite du chirurgien doit varier suivant les formes de l'appendicite. Voici les règles qu'il pose pour l'intervention (Société de chirurgie du 4 janvier 1899) :

« En ce qui me concerne, j'attache une valeur plus grande à l'état du pouls ; la paralysie intestinale me

paraît avoir aussi une grande importance, et lorsqu'il n'y a pas d'émission de gaz, j'estime que le cas est très grave. Il m'est arrivé une fois de différer l'intervention chez un enfant que je voyais pour la première fois, et dont les parents me disaient qu'il avait rendu des gaz; je l'ai opéré vingt-quatre heures plus tard et il a succombé quatre heures après; si la veille on m'avait affirmé qu'il n'y avait pas eu d'émission de gaz, je serais intervenu immédiatement, et il est probable qu'il aurait guéri.

En résumé, il est impossible de formuler une règle générale ; cependant, je dois dire que, pour ma part, si je constate de la défense musculaire, une grande fréquence du pouls et la suppression de l'émission des gaz, je ne quitte pas le malade sans l'avoir opéré. »

M. Ricard répète les signes donnés par M. Routier pour l'opération, mais il reconnaît que l'appendicite peut guérir par le traitement médical (Société de Chirurgie, 11 janvier 1899).

Dans la dernière séance M. Routier a dit qu'il est impossible de formuler une règle générale en ce qui concerne l'opportunité d'une intervention plus ou moins précoce dans les cas d'appendicite. Pour ma part, je crois aussi qu'à côté des faits où l'indication opératoire est indiscutable, lorsqu'il existe une collection purulente, par exemple, il en est d'autres pour lesquels l'intervention ne s'impose pas, et *il faut bien reconnaître qu'il y a des appendicites qui guérissent par le traitement médical.* On se basera, pour rejeter ce dernier et proposer l'opération, sur l'existence de signes tels que la dissociation du pouls et

de la température, le ballonnement du ventre et la paralysie intestinale, l'aggravation de l'état général.

Quand on peut se dispenser d'intervenir à chaud, je crois qu'il y a intérêt à attendre, afin d'intervenir à froid.

M. Schwartz s'élève contre l'intervention trop rapide du chirurgien dans le traitement de l'appendicite. Il a vu au moins une trentaine d'appendicites guérir d'une façon définitive sans intervention chirurgicale. Ce chirurgien n'opère qu'en présence de l'aggravation des symptômes, quand le pouls faiblit et que la paralysie intestinale se prononce. Il a observé trente malades guéris par le traitement médical et ces malades n'ont présenté aucun accident par la suite.

M. Reynier proteste également contre les formules trop absolues qui ont été émises au sujet de l'intervention chirurgicale précoce. (Société de chirurgie 18 janvier 1899).

A l'Académie de médecine, dans la séance du 24 janvier 1899. M. Chauvel rapporte que sur 171 cas d'appendicite recueillis par les médecins militaires depuis trois ans environs, 83 ont été soumis à un traitement exclusivement médical et 88 ont entraîné uue intervention opé ratoire.

La mortalité a été un peu plus élevée pour les malades opérés que pour ceux dont le traitement a été purement médical. Cette différence semble devoir être attribuée, d'une part, à ce qu'on n'intervient généralement que dans les cas graves et, d'autre part, aux dangers résultant de recherches trop prolongées de l'appendice.

Il résulte encore de cette statistique que l'appendicite légère est curable par un traitement médical rationnel.

Je considère, au contraire, l'intervention comme indiquée toutes les fois que la suppuration est évidente ou seulement très probable. J'estime, en outre, qu'il ne faut faire l'ablation de l'appendice qu'à la condition que sa recherche n'entraîne pas des désordres étendus Cependant, dans les cas où la péritonite est généralisée, l'action chirurgicale doit être poussée jusqu'aux dernières limites.

Quant à l'opération à froid, elle n'est autorisée que lorsqu'il y a persistance de lésions non douteuses et qu'elle est demandée instamment par le patient.

Résumant l'opinion des chirurgiens les plus autorisés, nous dirons que l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'appendicite, loin de pouvoir être posée comme une règle absolue, n'est légitime que dans les cas où elle repose sur les indications suivantes: Haute thermalité, fréquence, faiblesse et irrégularité du pouls, paralysie intestinale caractérisée par la dilatation de l'intestin et l'absence d'émission des vents par l'anus, ou encore cet état grave avec collapsus qui annonce une péritonite généralisée.

Comme à un certain moment de sa carrière Trousseau n'avait qu'un seul traitement du croup, la trachéotomie. M. Dieulafoy n'a qu'un traitement de l'appendicite, l'opération.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 31 janvier 1899, M. Dieulafoy fait remarquer que depuis trois ans, il a observé 61 cas d'appendicite: *ces 61 malades ont tous été opérés* aussi rapidement que les circonstances l'ont permis, 7 seulement sont morts, ce qui représente une mortalité de 11,4 p. 100.

Nous retenons cette communication et elle nous suggère trois remarques :

1° Quand on consulte M. Dieulafoy pour une appendicite, on est sûr d'être opéré.

2° Malgré l'affirmation rapportée plus haut de M. Dieulafoy, on peut mourir d'appendicite ;

3° Enfin le succès n'a pas couronné la pratique du professeur, car elle se résume dans une mortalité de 11, 4 p. 100.

Or, d'après les statistiques publiées par Albert Mathieu à la Société des hôpitaux en 1895, le traitement médica la donné les résultats suivants : Guttmann, 4 décès sur 96 cas; Hollander, 80 cas sans décès; Renvers, mortalité de 3 à 4 p. 100; Leden 5 p. 100 de décès; Fürbenzer, 12 décès sur 120 cas; ce qui donne une moyenne de 5 p. 100 environ ; résultat supérieur de 6,04 p. 100 aux opérés de M. Dieulafoy.

Dans la leçon déjà citée du professeur Dieulafoy, ce médecin revient avec complaisance sur *l'exaltation de la virulence du coli-bacille* par l'appendice transformé en cavité close; cette circonstance est la cause de tous les accidents; et M. Dieulafoy, pour la mieux caractériser emprunte le langage de la scolastique et l'appelle le *primum movens*. Si, dit ce professeur, les larges ulcérations de la fièvre typhoïde et de la tuberculose ne laissent pas passer dans le foie le bacillum coli et ne s'accompagne pas d'abcès du foie, c'est que leur virulence n'a pas été exaltée en cavité close. Mais, laissons la parole au professeur :

« Cette digression a pour but de vous montrer, une fois de plus, que, *sans cavité close pas d'appendicite*, et pour ne parler que du cas qui nous occupe aujourd'hui,

c'est grâce à l'exaltation de virulence puisée en cavité close, que les colonies microbiennes ont pu se frayer un chemin à travers les veines appendiculaires, suivre le courant jusqu'à la veine porte, *veina porta malorum*, et s'élancer en colonies infectantes à la conquête du foie, leur terre promise.

Voilà donc les microbes arrivés dans le foie, ils prennent position dans les espaces portes, ils colonisent, avec une puissance inouïe de reproduction, leur virulence est telle et le terrain de culture est si éminemment favorable qu'en quelques jours le foie est doublé de volume et est criblé de centaines d'abcès. Comparez, je vous prie, l'intensité, l'étendue de ces lésions hépatiques et l'exiguïté de la cause qui les a produites ; d'un côté, une toute petite cavité close appendiculaire, une appendicite parfois légère et, de l'autre côté, une affection hépatique rapidement envahissante et ne pardonnant jamais. »

Or nous l'avons déjà dit dans notre première article, la théorie de M. Dieulafoy sur l'exaltation de la virulence du bacillum coli en cavité close est un pur roman ; car elle s'appuie, d'un côté, sur les expériences de Klecki, qui ne disent pas du tout ce que veut leur faire dire M. Dieulafoy ; et, d'un autre côté, elle suppose la préexistence de l'occlusion du conduit de l'appendice à tous les accidents ; ce qui est faux.

Klecki a fait 10 expériences. Dans les deux premières, après avoir produit l'étranglement de l'intestin, l'opérateur fit la ligature des vaisseaux mésentériques, de manière à produire l'anémie des parois intestinales. Dans ces 2 cas la virulence du bacillum coli, retiré de l'anse intestinale formant cavité close, loin d'être exaltée, était inférieure à celle d'un microbe retiré de

l'intestin non étranglé. Mais dans les autres huit expériences, la ligature des vaisseaux n'ayant pas été faite, la paroi intestinale s'était violement enflammée et la virulence du bacillum coli était considérablement augmentée. (*Annales de Pasteur*, tome IX page 721).

Il faut donc conclure des expériences de Klecki, que c'est l'inflammation de la paroi intestinale qui exalte la virulence du bacillum-coli, et non la cavité close comme le prétend M. Dieulafoy. Le *primum movens* me semble fortement ébranlé.

Quand au fait de l'occlusion du canal de l'appendice posé par Dieulafoy comme la condition nécessaire des accidents de l'appendicite, ce fait a été nié par beaucoup de médecins. Nous reprochons à M. Dieulafoy de faire une anatomie pathologique de fantaisie et, pour prouver notre dire, nous citerons les extraits de deux communications faites à la Société de biologie. Dans la première, où il s'agit de la gangrène de l'appendice, on verra qu'il n'est pas question d'oblitération du canal appendiculaire, et dans l'autre, qui décrit un mode de guérison de l'appendicite, on verra que tout était oblitéré, non seulement le canal, mais la cavité même de l'appendice. Les oblitérations du canal et de la cavité appendicitaire sont toujours un effet et non une cause de l'inflammation de ces régions.

Notes histologiques sur l'appendicite gangréneuse et l'appendicite folliculaire oblitérante, par M. le D[r] Pilliet.

L'appendicite gangréneuse est la plus grave de toutes; elle s'accompagne de perforations rapides et multiples et de péritonite généralisée, ou tout au moins de phlegmons septiques étendus. Sa marche est si prompte que toutes les tuniques de l'appendice se trouvent prises simultané-

ment, et qu'il est souvent impossible de localiser la lésion dans un des tissus de l'organe.

Dans trois cas observés, provenant d'interventions chirurgicales, l'appendice était perforé, la paroi était mince, flasque, d'un noir ardoisé, *la cavité dilatée*. Dans un cas, il contenait des *débris alimentaires* (viandes, légumes) encore reconnaissables.

Au voisinage de la perforation, on ne trouve plus de glandes de Lieberkühn; les débris de leur charpente flottent dans la cavité. Les follicules clos sont reconnaissables; ils forment une masse continue remplie de sang épanché, ce qui donne à la muqueuse une teinte noirâtre. On retrouve également du sang contenant une quantité considérable de globules de pus, dans tout le chorion qui se trouve ainsi supprimé, dans les couches musculaires, le péritoine et le méso de l'appendice. La lésion constitue, au point de vue histologique, un mélange d'apoplexie sanguine et d'infiltration purulente.

Au niveau de la perforation, les couches musculaires et la muqueuse disparaissent en même temps par une sorte de liquéfaction. Le plan péritonéal et le chorion sous-muqueux résistent un peu plus longtemps, puis disparaissent à leur tour. La perforation se fait en bloc, elle est toujours très large; dans les 3 cas observés, elle occupe, sur la circonférence de l'appendice, un espace égal au tiers au moins de cette circonférence.

M. le Dr Pilliet a observé 6 cas, d'ailleurs tous identiques, d'oblitération de l'appendice ileo-cæcal.

L'appendice enlevé est très raccourci; il ne mesure que 4 cent. 1/2, il est dur et paraît transformé en un cordon fibreux.

Les coupes faites à différentes hauteurs ont donné les résultats suivants :

Au-dessous de l'embouchure dans le cæcum, la lumière de l'appendice est perméable ; les glandes de Lieberkühn sont courtes et ont disparu par places, par suite de l'oblitération des follicules clos qu'elles recouvraient. Ces follicules sont eux mêmes très tuméfiés, et le chorion ainsi que la tunique musculaire sont envahis par des traînées de cellules rondes suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques.

Au-dessus de l'embouchure de l'appendice, les glandes de Lieberkühn ont complètement disparu, il n'existe plus de lumière, et le centre est occupé par un amas lymphoïde irrégulier dans lequel on reconnaît le groupement de trois follicules clos. De cet amas partent des tiges vasculaires qui sont les débris de l'ancien réseau capillaire du chorion, et qui plongent dans un tissu conjonctif fibreux, riche en jeunes cellules, produit par l'épaississement inflammatoire du chorion. Ce noyau fibreux est entouré d'une auréole de tissu adipeux enflammé qui s'étend jusqu'à l'anneau musculaire. La musculeuse, la couche sous-péritonéale et le méso sont enflammés.

Au milieu de la hauteur de l'appendice, le noyau lymphoïde a diminué de volume, le centre fibreux se rétrécit, le tissu adipeux augmente.

Enfin, vers la pointe de l'appendice, il n'existe plus qu'un axe fibreux, chargé de cellules migratrices surtout en son centre.

Il résulte de l'examen histologique que l'oblitération de l'appendice est une suite de la folliculite. Elle nécessite la destruction des glandes en tube. Les follicules ulcérés s'accolent, puis se résorbent peu à peu. Le processus

débute *ordinairement par l'extrémité libre.* S'il se produit plus haut, on observe un kyste de la portion au-dessous.

C'est donc une façon de guérir de l'appendicite folliculaire. Mais la guérison de quelques-uns des follicules malades, par leur suppression, n'empêche pas ceux qui restent de conserver leurs propriétés. D'autre part, le tissu adipeux enflammé qui se développe au milieu de la paroi de l'appendice reste exposé à toutes les infections possibles.

(Société de Biologie, 21 janvier 1898).

Dr P. JOUSSET.

ÉCOLE FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE

AFFECTIONS MÉDICALES DES VEINES

Extrait de la conférence du 28 janvier à la mairie de Saint-Sulpice

S'il est un sujet de thérapeutique où la comparaison entre l'allopathie et l'homœopathie soit écrasante, c'est bien celui du traitement des maladies veineuses. Tandis que l'allopathie se borne à ordonner le repos au lit, les applications locales, quelquefois la teinture d'*Hamamelis* qu'elle a empruntée à l'homœpathie, et surtout une forte dose de patience, la médecine de Hahnemann n'est pas simple spectatrice dans une inflammation des veines, mais pos-

sède des remèdes qui agissent directement sur leurs tissus.

Bien entendu, le repos soit au lit, soit une chaise longue, constitue une nécessité de premier ordre dans une inflammation veineuse avec n'importe quelle médecine, mais l'homœopathie raccourcit sûrement la durée de l'immobilisation.

Les veines peuvent s'enflammer sous l'influence d'un traumatisme, d'une infection, de la diathèse arthritique ou rhumatismale, de varices, de l'état puerpéral, et constituer la phlébite traumatique, la phlébite septique, la phlébite rhumatismale, la phlébite variqueuse, la phlébite puerpérale, etc., toutes maladies amenant, sans intervention, une immobilisation de plusieurs semaines à plusieurs mois.

Les veines peuvent avoir une altération spéciale de leur tunique, qui constitue l'état variqueux, avec ses conséquences, phlébite sub-aiguë ou chronique des variqueux vulgairement appelée varices enflammées, qui ne sont qu'un degré inférieur de la phlébite, ou du bien des troubles trophiques, appelés ulcères variqueux. — Les varices locales avec leurs conséquences prennent le nom spéciale de varicocèle, si elles siègent au testicule, d'hémorrhoïdes si elles siègent à l'anus, de varices vulvaires, si elles sont à la vulve, etc. Tout ce court exposé ne sert qu'à faire le plan de l'étude thérapeutique des maladies veineuses.

PHLÉBITE

L'homœopathie étant une médecine de symptômes, il s'agit moins de définir la nature de la phlébite pour la guérir, que d'observer ses symptômes cliniques ; connaître exactement la caractéristique des médicaments correspon-

dant avec les symptômes observés, telle est la clef de la thérapeutique homœopathique des maladies veineuses.

L'*Hamamelis* est incontestablement le médicament le plus connu et le plus en vogue des inflammations veineuses : mais, comme toute autre médicament, il a besoin d'être employé avec ses symptômes caractéristiques, sans quoi on s'exposerait à des déceptions. La caractéristique d'*Hamamelis* est la douleur spéciale qui accompagne la congestion veineuse ; ce n'est pas une douleur aiguë. mais une sorte de tension gênante, de lourdeur siégeant sur le trajet des veines, absolument caractéristique. Comme dit Farrington, ce n'est ni la sentation de contusion et de meurtrissure d'*Arnica*, ce n'est pas la sensibilité superficielle et cutanée de *Lachesis*,ce ne sont pas les élancements d'*Apis*, ni les démangeaisons ou les fourmillements d'autres remèdes, ni les brûlures de l'*Arsenic*, c'est une sensation vague, douloureuse, propre à la congestion des veines.

Cette tension des veines amène une autre caractéristique d'*Hamamelis* tout aussi exacte que la première, c'est la tendance aux ruptures vasculaires et aux hémorrhagies veineuses. Je trouve cette caractéristique plus importante encore ! Là où l'*Hamamelis* agit à merveille, et je pourrais citer des exemples, c'est dans les cas de varices énormes, enflammées, *qui menacent rupture*, Lorsque les veines dilatées et malades sont tellement superficielles sous la peau, qu'il semble qu'une mince couche de tissu les empêche avec peine d'éclater, alors *Hamamelis* amène un dégonflement immédiat, les tissus sont moins rouges et chauds ; on évite la rupture des varices.

Lorsque les hémorrhagies veineuses sont arrivées, c'est surtout le cas des hémorrhoïdes, *Hamamelis* exerce encore

sa bienfaisante action. Je me rappelle cependant un cas grave d'hémorrhoïdes saignantes, ayant amené une profonde anémie chez un homme jeune, dont l'hémorrhagie ne fut pas arrêtée par *Hamamelis*, mais par l'alternance de *Trillium* et d'*Ipéca*.

La *Pulsatille* est la rivale d'*Hamamelis* dans les inflammations veineuses. La drogue agit sur le système vasculaire, principalement sur le cœur droit, les veines et les capillaires; d'où une difficulté du retour du sang au cœur, telle est une des principales actions physiologiques de la *Pulsatille*. Mais la *Pulsatille* ne peut être efficace qu'avec ses caractères spéciaux. L'anémone restera toujours un médicament agissant de préférence sur le sexe féminin, et surtout avec cette mobilité du siège de la douleur, si caractéristique dans le traitement du rhumatisme. Je donnerai donc comme indication de *Pulsatille*: 1° la douleur se promenant sur le trajet de la veine ; 2° le sexe féminin.

Le *Lachesis* ou *d'autres venins de serpents* agissent très efficacement dans les phlébites. Hering avait noté comme caraıéristique la sensibilité extrême à la peau, si bien qu'on ne peut même pas supporter de couvertures.

Cette indication trouve son utilité clinique dans les inflammations veineuses avec *grande sensibilité à la peau*, exagérée par le toucher, et d'autres troubles nerveux et circulatoires, tels que les *fourmillements*, symptômes très fréquents dans les phlébites et qu'on retrouve dans les intoxications par les venins de serpents.

Apis mellifica a l'*œdème*, et les *lancées*, mais on retrouve également les lancées avec *Lachesis*. Pour donner avec avantage *Apis*, il faudrait donc considérer l'œdème comme symptôme prédominant, tel que dans les cas de *phlegmatia*

alba dolens, bien que *Pulsatille* et *Hamamelis* soient indiqués de préférence dans les livres.

S'il est un médicament dans la phlébite sur lequel je désire attirer votre attention, d'abord parce qu'il est peu ou pas employé, et ensuite parce qu'il agit merveilleusement, c'est l'*Arsenic*. Rappelez-vous l'intoxication par l'arsenic ; tous les symptômes aigus, violents ont pour caractéristique la *brûlure*; la gastro-entérite aiguë de l'intoxication arsenicale est un gastro-entérite *brûlante*; or c'est ce symptôme « brûlure » qu'il faut retenir dans l'application thérapeutique de l'*Arsenic* tout aussi bien que les lésions anatomo-pathologiques. Or, quand une phlébite est aiguë et intense, il est rare qu'elle ne soit pas brûlante. Nous sommes loin du symptôme vague de la douleur spéciale aux congestions veineuses indiquées pour *Hamamelis*; souvent les phlébites s'accompagnent de douleurs brûlantes, telles que les malades indiquent le trajet de la veine comme une ligne de feu.

Si le malade peut faire une telle déclaration, j'estime qu'aucun médicament ne peut se comparer à *Arsenic*, à toutes les dilutions 6e, 12e, 30e. J'ai toujours devant les yeux le cas d'un terrassier, entré à l'hôpital Saint-Jacques, il y a plusieurs années. Les pauvres n'ont pas le temps de se reposer, et quand il leur arrive une inflammation des veines, elle prend chez eux, à cause de leur surmenage, des proportions très graves. Cet homme était atteint de phlébite et de péri-phlébite, car toute la face interne de la cuisse était une énorme masse rouge, amenant une température de 39°5 centig. Pendant quelques jours, j'essayai les médicaments classiques, sans amélioration ni diminution de la température, lorsque cet homme me dit que sa cuisse brûlait comme du feu. Je lui donnai *Arsenic*

en solution 30e et 6e; j'aurais voulu vous montrer le tracé de la température, vous l'auriez tous pris pour une défervescence de pneumonie. Cette température élevée, qui se maintenait matin et soir sans rémission, descendit en l'espace de deux jours jusqu'à la normale; la brûlure disparut, la rougeur, le gonflement diminuèrent rapidement ; il resta pendant quelques jours des fourmillements, mais après deux semaines, cet homme pouvait reprendre son travail.

J'indique donc cinq médicaments seulement dans la phlébite aiguë à cause de leurs caractéristiques extrêmement nettes. Il est cependant nécessaire de donner quelques indications d'après les causes de la phlébite.

Je n'ai pas d'expérience sur la phlébite traumatique; les auteurs conseillent *Arnica*, *Conium*, *Hepar*. Dans un cas de phlébite septique, je n'hésiterai pas à donner *Lachesis* soit seul, soit alterné. La valeur du *Lachesis* est indiscutable dans la piqûre anatomique, qui est une lymphangite septique; il doit agir de même pour les veines. D'ailleurs, il est fortement conseillé dans la phlébite dont le point de départ est un ulcère variqueux, autrement dit une infection du dehors. S'il y avait alternance ou coïncidence d'inflammation rhumatismale ou goutteuse avec une phlébite, les remèdes du rhumatisme pourraient être essayés, surtout *Pulsatilla*. Dans ce cas, je n'hésiterais pas à débarrasser le malade de ses produits toxiques, en le faisant uriner, et en le purgeant.

Dans la phlébite suppurative, Lilienthal indique *Apis*, *Arnica*, *Conium*, *Hepar*, *Mercurius*, *Silicea*, *Sulphur*. D'autres médicaments de la suppuration doivent être également conseillés : *Veratrum viride*, *Myristica sebifera*, *tous les venins de serpent*, *Tarentula cubensis*, etc. etc. La

phlébite puerpérale mériterait d'être traitée par des médicaments de ce groupe.

VARICES.

Possédons-nous des médicaments pour réduire les varices? Oui et non. Nous possédons des médicaments pour éviter l'inflammation, pour diminuer les symptômes : je ne crois pas qu'on guérisse les varices. Le vieux bas à varices reste encore le moyen le plus utile pour rendre les varices supportables; à conditions qu'elles ne soient pas douloureuses : je dis plus, un bas à varices, en soutenant les veines, peut les aider à guérir. Dès qu'il y a démangeaison, élancements, chaleur, il faut supprimer le bas à varices et ne pas marcher.

Que de fois j'ai amélioré des varices douloureuses avec *Zincum* 6e; ce remède a été préconisé par T.-F. Allen et étudié dans son *Handbook of Materia médica and Therapeutics*. C'est le premier médicament auquel je pense, lorsqu'un client porteur de varices se plaint de ses veines. *Zincum* évite bien des complications ultérieures.

Les crampes, si souvent causées par des varices internes, sont merveilleusement guéries par *Cuprum* 6e, 12e ou 30e.

Lycopode, exerçant une action très marquée sur le foie, soulage les troubles variqueux d'origine hépatique. *Carduus Marianus*, le chardon de Marie, un remède de Rademacher, employé dans les affections du foie de la rate, agirait également sur les varices douloureuses et les ulcères. Je l'ai essayé sans complication hépatique, dans des cas d'ulcère variqueux, en teinture mère avec un certain succès. Appliqué localement, le remède semble agir, mais irrite les tissus.

Quand à l'*Acide fluorique*, j'ai peu d'expérience sur ce

remède, mais il faut lire un très bon article du Dr Washington Epps, ainsi que la discussion à la Société homœopathique anglaise, dans le numéro de juillet 1896, de son excellent journal; l'article et la discussion sont fort intéressants, comme tout ce que fait d'ailleurs cette importante société. L'*Acide fluorique* aurait une action manifeste sur les veines, non seulement dans les cas d'inflammation, mais même pour réduire les veines variqueuses. Ce serait donc un médicament de longue haleine, capable d'agir sur le tissu veineux lui-même.

ULCÈRES VARIQUEUX

En parlant des varices, j'ai touché à quelques médicaments de l'ulcère variqueux, tels que *Carduus Marianus*, et l'*Acide fluorique*.

Quand l'ulcère variqueux est simple et ne se complique pas de syphilis ou autres diathèses, un médicament excellent, préconisé par les homœopathes français, est la *Clematis, intus et extra. Clematis* en dilution, la 6e par exemple, comme potion, la pommade à la *Clematis* localement, et le repos au lit, abrégent considérablement la durée de l'ulcère variqueux. J'ai été à même d'apprécier le remède et de faire la comparaison avec d'autres médicaments, en suivant les visites dans un hôpital homœopathique de chroniques, à Wards Island, près de New-York, où il y avait quantité d'ulcères variqueux; aucun remède préconisé *intra* et *extra* ne valait *Clematis* qu'on ne préconisait pas.

Dr Cartier.

L'HOMŒOPATHIE DANS LA COQUELUCHE.

Extrait de la conférence du 21 janvier 1899, à la mairie de Saint-Sulpice.

Une des preuves de la supériorité du traitement homœopathique de la coqueluche, est qu'un homœopathe est souvent appellé dans une famille pour soigner un enfant atteint de coqueluche, alors qu'il n'est pas le médecin régulier.

Pour bien comprendre le traitement, il faut diviser la coqueluche en ses trois période ordinaires et discuter les médicaments correspondants à chacune de ces périodes.

La période du début est un rhume vulgaire qui dure de huit à quinze jours; cependant rarement l'enfant éternue, il commence de suite par une toux de gorge, et, s'il a fréquenté d'autres camarades ayant la coqueluche, on a dès le début les plus grandes craintes de voir éclater la coqueluche. Peut-on l'enrayer dans cette période prémonitoire de un à deux septenaires? Quel succès, si l'on pouvait prévenir et empêcher une coqueluche! Certains médecins répondront peut-être qu'on peut éviter la coqueluche; moi je répondrai : non. L'homœopathie diminue la durée et l'intensité de la période des quintes de la coqueluche; elle ne peut pas empêcher, pas plus que les autres médecines, l'éclosion de la coqueluche. Plusieurs fois, avec nos médicaments tels que *Belladona*, *Bryonia*, et surtout avec *Aviaire*, j'ai diminué l'iutensité de la toux prémonitoire; je suis même arrivé sur un cas à faire cesser la toux pendant vingt-quatre heures, si bien que je croyais éviter la coqueluche. Espoir déçu! Après une journée de répit, la toux reparut, et, deux jours après,

l'enfant avait les quintes caractéristiques de la coqueluche.

C'est vraiment à la période convulsive, caractéristique de la coqueluche, que l'homœopathie montre toute sa puissance. Rappelez-vous, messieurs, ce que je vous ai dit : l'homœopathie raccourcit la coqueluche, mais ne la coupe pas. Aussi c'est surtout lorsque l'enfant a commencé la période des quintes depuis huit ou dix jours, et que l'on quitte les calmants et les anti-spasmodiques de l'école officielle pour essayer les remèdes de Hahnemann, que l'homœopathie agit efficacement, sûrement et vite. C'est ainsi que j'ai vu des coqueluches avec une moyenne de 25 quintes par jour, descendre d'un jour à l'autre à 18, 15, 6 quintes et guérison. Je me permettrai même de faire cette remarque, c'est que les enfants qu'on soigne dès le début à l'homœopathie sont plus mal soignés que les autres ; car, dès les premiers jours, on fait prendre les remèdes les plus efficaces ; ces remèdes sont pris trop tôt, on ne peut pas enrayer une coqueluche dans la première semaine ; si bien qu'au bout de dix à quinze jours, alors que les médicaments doivent commencer à agir, on a usé ses forces vives, au lieu de les réserver, et qu'on est obligé de passer à des médicaments de second ordre pour changer, et qui ne valent pas les premiers.

Une coqueluche bien soignée avec l'homœopathie doit diminuer au bout de quinze jours de la période des quintes, et finir cette période à la fin de la troisième semaine. Or une coqueluche de trois semaines est un beau succès !

Le médicament le plus connu pour les quintes de la coqueluche, médicament que les allopathes nous ont emprunté, est sans contredit *Drosera*. Je n'insisterai pas longuement dans cet extrait sur *Drosera*, car il est connu de tous ; je dirai seulement que pour la coqueluche, restons

dilutionnistes, et employons *Drosera* à doses infinitésimales, et non pas en teinture mère comme les allopathes, ce qui est inutile et moins efficace.

Si l'on me demandait mon avis, je dirais que *Drosera* n'est pas le médicament que je préfère comme type classiqne contre les quintes ; je ne parle pas bien entendu de symptômes particuliers qui correspondent à des remèdes plus spéciaux ; mais contre les quintes sans caractéristiques bien nettes, je trouve le remède de M. le Dr Teste, le *Corallium rubrum*, plus actif que *Drosera*. C'est une merveille que le traitement succinct de la coqueluche, tel qu'il est préconisé par le Dr Teste, dans son petit livre des *Maladies de l'enfance*; deux pages ont suffi pour l'expliquer, mais ce sont deux bonnes pages ! S'il m'est permis seulement de faire une observation à ce vénéré maître de l'homœopathie, c'est à propos de cette phrase (p. 393) : « Aussitôt que l'amélioration produite par *Coralia* cessera d'aller en augmentant, c'est-à-dire au bout de quatre à cinq jours au plus, il faut le suspendre et administrer *Chelidonium*, etc. » Je ne crois pas qu'il faille abandonner complètement *Coralia* ou *Corallium*, peu importe, tant que les quintes ne sont pas terminées ; j'ai quelquefois prescrit *Chelidonium* trop tôt, et les quintes ont augmenté.

Dans la pratique, on se trouve bien de l'alternance de *Corallium* et *Drosera*, et cela met d'accord toutes les préférences.

Je vous ai conseillé, messieurs, de ne pas donner trop tôt ces médicaments, de façon à ce qu'il ne soient pas usés au moment opportun. Je voudrais vous parler maintenant d'un médicament peu employé dans la coqueluche, mais qui a fait ses preuves dans l'insomnie, les spasmes,

et certaines névralgies, c'est *Passiflora incarnata*. Le plus souvent, sous l'influence du décubitus et de la chaleur du lit, le coquelucheux a plus de quintes la nuit et le jour. J'ai essayé dans plusieurs cas des médicaments indiqués pour les aggravations nocturnes, tels que *Hyosciamus*, *Belladona*, *Conium* ; ils ne m'ont pas réussi comme la fleur de la Passion. Au début, je donnais une dose de cinq gouttes de teinture mère dans un peu d'eau, à prendre en une fois au commencement de la nuit ; depuis plusieurs cas, je modifie ma prescription et cela me réussit encore mieux. Je fais prendre à l'enfant la nuit deux gouttes de *Passiflora incarnata*, immédiatement aprés une quinte, jusqu'a la dose totale de six à douze gouttes dans la nuit, et je n'ai qu'à m'en louer. Quant aux teintures de *Passiflora*, je recommande qu'elle soient de première qualité, faites avec la plante sauvage et non pas avec les belles fleurs bleues cueillies dans nos jardins ; c'est la même différence comme action que l'Aconit des montagnes et l'Aconit des jardins !

Cuprum est un médicament des spasmes et des crampes ; si l'enfant devient bleu, cyanosé, les lèvres violettes pendant les quintes, si l'on observe des spasmes, surtout des muscles fléchisseurs, et que l'on redoute des convulsions, *Cuprum* est impérieusement indiqué.

L'ambre gris, le produit du cachalot, *Ambra grisea* possède une caractéristique très nette, que j'ai vérifiée cliniquement : la quinte ou la toux s'accompagne d'*éructations*. Je me rappelle un cas arrivé au dix-huitième jour de la coqueluche sans amélioration qui fut guéri en deux jours avec *Ambra grisea* 3e, parce que la mère me fit remarquer que sa fille en toussant avait une énorme quantité de rots.

Cina aurait le *gloussement* de l'œsophage, extrêmement marqué pendant la quinte; et comme deuxième caractéristique, le *paroxysme à heure régulière.*

Avec *Coccus cacti, on se réveille le matin avec une quinte terrible* ; le même médicament serait indiqué pour ceux qui ne peuvent pas éviter une quinte en se nettoyant les dents, le matin.

Souvent l'enfant, après avoir terminé une quinte, en reprend une autre, c'est ce qu'on appelle des *quintes doubles* ; dans ce cas *Mercurius corrosivus* est utile. Ne pas confondre la quinte double avec les temps d'arrêt de quelques secondes si fréquents dans une quinte de coqueluche.

Depuis quelque temps les journaux américains et anglais se sont occupés de la *Naphtaline* dans le traitement de la coqueluche. Je l'ai essayée cet été à l'hôpital Hahnemann, où j'ai traité à la consultation externe pas mal d'enfants, victime d'une épidémie de coqueluche à Courbevoie. Beaucoup de ces enfants étaient fort jeunes; j'ai donné à plusieurs d'entre eux *Naphtaline* 1re centésimale, et le médicament a paru leur réussir. Je ne conseillerais pas la 1re décimale, car la 1re au centième a encore un goût fort prononcé de naphtaline. Je ne crois pas que *Naphtaline* détrône ni *Corallium* ni *Drosera*, mais comme il est bon d'avoir plusieurs cordes à son arc, ce nouveau remède mérite d'être cité et employé au besoin.

La troisième période de la coqueluche est caractérisée par la cessation des quintes, et par une toux nerveuse qui dure quelquefois fort longtemps. J'ai l'intime conviction que plus la coqueluche est raccourcie par nos remèdes, et plus cette troisième période est courte. Quelquefois cette toux consécutive à la coqueluche peut ne pas exister. Contre cette toux nerveuse *Hyosciamus* et *Pulsa-*

tilla sont indiqués; mais la toux est quelquefois très rebelle. C'est dans ces cas que le changement d'air est utile; autant il est dangereux et inutile pendant la période des quintes, autant il est favorable pour supprimer la queue de la coqueluche,

Parmi les avantages réels du traitement homœopathique contre la coqueluche, il en est un qui a son importance; nous n'employons pas les calmants. Dans l'école officielle deux systèmes de thérapeutique ont été essayés : la thérapeutique anti-microbienne qui a toujours été jusqu'à ce jour d'un insuccès complet, et la therapeutique anti-spasmodique, la thérepeutique des calmants, la seule pratique. Je ne nie pas que les allopathes diminuent les quintes avec le bromoforme, l'antipyrine, la belladone à forte dose et les bromures; mais, en calmant les quintes, ils dépriment l'organisme; en agissant sur les nerfs du cœur et des organes respiratoires, ils favorisent le ralentissement de la circulation, la congestion passive, les râles de la coqueluche, et facilitent l'infection microbienne, la broncho-pneumonie, la plus redoutable des complications de la coqueluche.

Dr CARTIER.

THÉRAPEUTIQUE

DU TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR LA SYMPATHECTOMIE

L'épilepsie est certainement une des maladies les plus pénibles parmi toutes celles qui peuvent frapper l'espèce humaine. Son incurabilité presque constante, le tableau hideux que présente ses attaques, les impulsions auto-

matiques et brutales qui les accompagnent quelquefois, la diminution plus ou moins complète des facultés intellectuelles qui les suivent si souvent justifient l'essai des moyens les plus aventureux quand ils ont quelque chance de guérir ou même d'améliorer cette maladie, le *haut-mal* comme on l'a appelé avec juste raison. Nous ne sommes donc pas surpris que quelques médecins audacieux aient essayé de guérir l'épilepsie par la destruction du grand sympathique cervical et de ses trois ganglions; mais si des essais sont légitimes dans ce cas, il n'est pas permis néanmoins de persister dans une voie que les expériences sur les animaux et les essais sur l'homme ont démontré être à la fois inefficaces et dangereux.

Cette conclusion nous semble ressortir de communications faites à la Société de Biologie depuis quelques mois. Nous nous proposons d'en présenter le résumé à nos lecteurs.

Dans la séance du 31 décembre 1898 M. Laborde a communiqué à des collègues des expériences dans lesquelles, la *suppression totale et radicale du cordon cervical sympathique avec ses trois ganglions supérieur, moyen et inférieur* a été également impuissante à guérir et à prévenir, chez les cobayes, l'épilepsie expérimentale produite soit par l'hémisection de la moelle épinière, soit par la section du nerf sciatique. Dans une de ses expériences, la section du sympathique, loin de guérir l'épilepsie, a multiplié des accès et déterminé un véritable *état de mal.*

Dans la séance du 14 janvier M. le Dr Chipault, qui a appliqué la sympathectomie au traitement de l'épilepsie chez l'homme, et qui se déclare très partisan de cette opération, a pris la parole à propos d'un fait rapporté par

M. Déjerine, fait dans lequel l'état de la malade aurait été considérablement aggravé par l'intervention chirurgicale de M. Chipault.

Nous n'entrerons pas dans les détails de cette discussion, seulement nous voulons retenir cette déclaration de M. Chipault : il aurait sympathisectomisé 18 épileptiques ; résultat aucune aggravation, 10 insuccès, 5 améliorations indiscutables (ça ne fait que 15).

Dans la séance du 28 janvier la discussion a été continuée, et MM. Dupuy et Gley me paraissent avoir dit le dernier mot sur cette question. M. Dupuy s'étonne que l'on essaye encore de guérir l'épilepsie en enlevant les ganglions du sympathique cervical chez l'homme. Il rappelle qu'il y a bien longtemps Brown-Séquart a démontré que l'ablation des ganglions sympathiques supérieurs n'empêchait pas les cobayes d'avoir des attaques d'épilepsie. Il rappelle que Alexander a essayé, il y a plus de quinze ans, de guérir l'épilepsie par la section du sympathique cervical et qu'il n'a pas réussi. M. Dupuy rappelle que l'ablation d'une partie du sympathique cervical, et surtout celle du ganglion supérieur, amène un arrêt de développement de l'hémisphère cérébral correspondant, lorsque l'opération est faite sur de jeunes sujets. Cette ablation amène encore l'atrophie des principaux organes de la tête et principalement de l'œil.

M. Gley s'associe aux observations de M. Dupuy. Abordant enfin les indications possibles de cette opération, il se demande en vertu de quelle idée physiologique on tente une pareille intervention. Il faudrait, pour qu'elle fut légitime, que toutes les attaques d'épilepsie débutassent par un phénomène de vaso-constriction, ce qui n'est pas prouvé. Il faudrait, de plus, que tous les vaso-cons-

tricteurs encéphaliques suivissent la voie du sympathique cervical, ce qui n'est pas.

L'idée de détruire le grand sympathique pour empêcher les attaques d'épilepsie repose sur la loi des contraires et sur l'axiome, *sublata causa tollitur effectus*. On traite l'hypothèse qui explique l'accès épileptique au moyen de la constriction des vaisseaux sanguins, par une autre hypothèse, la suppression de l'action vaso-constrictive permanente après la section du sympathique. C'est de la thérapeutique étiologique dans toute sa splendeur, c'est-à-dire un véritable gâchis. Nous conclurons donc comme M. Gley : « au point de vue médical comme au point de vue physiologique, il convient donc de réprimer ces opérations. »

TRAITEMENT DU GOITRE EXOPHTALMIQUE PAR LA SECTION DU GRAND SYMPATHIQUE

Il y a quelques années, une de nos malades atteinte déjà depuis quelque temps d'un goitre exophtalmique, fut prise d'une complication extrêmement grave qui se termina par une cécité complète. L'exophtalmie qui était de symptôme prédominant, prit tout à coup d'énormes proportions, et malgré tous nos soins, malgré le concours de M. Abadie appelé en consultation, les deux yeux fureut perdus dans l'espace de quelques jours. Je fus très impressionné par cet événement ; aussi je ne pouvais laisser passer la communication que M. Abadie a fait à la Société de Biologie dans sa séance du 4 février.

Cette communication est intitulée : « Traitement du goître exophtalmique par la résection du sympathique cervical. »

M. Abadie a présenté à la Société la malade qui forme l'objet de sa communication.

Cette malade a consulté M. Abadie en février 1897. A ce moment ses yeux étaient devenus si saillants et si monstrueux qu'elle n'osait plus sortir. L'occlusion des paupières devenait impossible. Il existait en même temps un goître assez volumineux et de la tachycardie. Eclairé par le fait que nous citions en commençant et par quelques cas analogues qu'il a rencontrés dans sa pratique, M. Abadie savait que cette forme oculaire du goître exophtalmique se terminait, quel que fut le traitement employé, par le sphacèle des cornets et la destruction complète des globes oculaires; aussi il n'hésita pas à conseiller la section du sympathique cervical. Cette opération fut pratiquée, il y a deux ans, et aujourd'hui la malade est complètement guérie et n'a plus ni exophtalmie, ni goître, ni tachycardie.

M. Abadie fait observer qu'on n'a constaté à la suite de cette opération, ni myosis, ni retrait de l'œil dans l'orbite, ni aucun des effets qu'on observe quand on coupe le grand sympathique à l'état physiologique et même chez les épileptiques, comme nous l'avons vu un peu plus haut.

M. Abadie professe l'opinion que le goître exophtalmique provient de l'excitation de certains filets nerveux ayant leur centre d'origine dans la moelle cervicale et la partie supérieure de la moelle dorsale. L'excitation des fibres du sympathique qui innerve le muscle orbitaire de Muller provoque l'exophtalmie, la vaso-dilatation des artères thyroïdiennes, entraîne l'hypertrophie de la glande thyroïde et par l'excitation des filets cardiaques, la tachycardie.

Cette explication physiologique du Dr Abadie renferme

des contradictions. M. Dastre fait observer qu'une excitation du cordon cervical capable de faire saillir le globe oculaire devrait en même temps dilater la pupille; or cette dilatation n'existait pas chez la malade de M. Abadie; mais ce qui devient plus difficile encore, c'est d'accepter la coïncidence de l'excitation du muscle de Muller produisant la saillie du globe avec la rougeur de la face et le développement de la thyroïde, le premier phénomène étant dû à une excitation et les autres à une action vaso-dilatatrice, c'est-à-dire inhibitrice.

Toutes ces difficultés disparaissent, si l'on tient compte des travaux de MM. Dastre et Morat. D'après ces deux physiologistes, le cordon sympathique cervical n'est pas un *nerf constricteur*, mais un ensemble de nerfs antagonistes, les uns dilatateurs, les autres constricteurs.

Il est évident qu'une excitation portée en bloc sur le sympathique produira des effets opposés; les uns constricteurs, les autres dilatateurs; puisque ces deux ordres de nerfs se trouvent réunis dans le sympathique. Mais en étudiant l'action des excitants sur le système nerveux, MM. Dastre et Morat sont arrivés à constater une sorte de loi : c'est que les excitations portées à la périphérie du nerf, près de l'organe qu'il fait vivre, produisent des effets positifs; et que les effets inhibitoires dominent au contraire quand l'excitation se rapproche de l'origine du nerf, près de la moelle épinière. Ainsi le premier genre d'excitation fera contracter les vaisseaux de la thyroïde; tandis qu'une excitation plus éloignée, pratiquée sur le cordon thoracique, produira un effet inhibitoire, la vaso-dilatation, le goître, la coloration de la face et l'exophtalmie.

J'avoue que ces explications sur la nature du grand

sympathique et les lois qui le régissent ne m'expliquent pas clairement comment la section du cordon cervical a guéri la malade de M. Abadie. Je ne suis pas convaincu non plus que la *théorie thyroïdienne* du goître exophtalmique soit atteinte par ce fait ; mais ce qu'il faut retenir avant tout et malgré tout, c'est la guérison par la section du sympathique d'une des plus fâcheuses complications de la maladie de Basedow.

Dr P. Jousset.

NOSOGRAPHIE

La maladie de Friedreich ou ataxie héréditaire.

M. le professeur Rauzier a donné dans le *Nouveau Montpellier médical* une description concise, mais très nette, de cette affection, qui est presque toujours confondue soit avec la sclérose en plaques, soit avec le tabes.

La maladie décrite par Friedreich, dans des mémoires successifs parus en 1861, 1863 et 1876, sous le nom *d'Ataxie héréditaire*, et dénommée en 1882 par Brousse (de Montpellier) *Maladie de Friedreich*, est une affection rare, caractérisée : au point de vue anatomique, par des lésions multiples et systématiques de la moelle ; au point de vue symptomatique, par un mélange de symptômes appartenant les uns au tabes, les autres à la sclérose en plaques ; au point de vue étiologique, enfin, par son début précoce et son caractère familial.

A. Symptôme. — Le sujet atteint de la maladie de Friedreich « appartient par sa tête à la sclérose en plaques

et par la partie inférieure de son corps au tabes » (Charcot) Le tableau clinique consiste essentiellement en « une incoordination lente et progressive des quatre membres, datant de l'enfance et attaquant plusieurs personnes de la même famille, commençant par les jambes et envahissant le tronc et les bras, finalement la langue, le larynx et les yeux ; n'amenant pas de troubles sensitifs, ni d'anomalies oculo-pupillaires, ni de douleurs fulgurantes, ni de paralysie des sphincters » (Ladame).

a) *Les troubles moteurs* sont essentiellement caractérisés par :

1° De l'*incoordination* et de l'*incertitude* dans les mouvements des membres inférieurs (démarche tabéto-cérébelleuse ou ataxo-titubante) et des membres supérieurs ;

2° L'*ataxie statique*, ou instabilité (inquiétude musculaire) au repos, quelquefois accompagnée du signe de Rombert;

3° Un certain degré de *parésie*, ou plutôt de *faiblesse musculaire* ;

4° Des *mouvements involontaires* : tremblements, mouvements choréiformes ou athétosiformes dans les membres ; mouvements convulsifs dans la face, la tête ou le tronc ; tremblement fibrillaire de la langue. Toutes ces anomalies sont exagérées par la fatigue ou les émotions et peuvent être atténuées par les efforts de la volonté.

La *dysarthrie* peut être rangée dans le même groupe de symptômes ; la parole est lente, embarrassée, mais moins scandée et moins explosive que dans la sclérose ou plaques.

b) La *sensibilité* est habituellement indemne ; les douleurs sont rares et, lorsqu'elles existent, plutôt vagues

que fulgurantes ; au point de vue objectif, on a noté quelquefois des hyperesthésies ou des anesthésies.

c) Comme *troubles sensoriels*, on ne signale guère que le *nystagmus* ; celui-ci a été observé dans 90 p. 100 des cas ; il est habituellement horizontal, quelquefois vertical, oblique ou rotatoire et s'observe plutôt dans les mouvements volontaires de l'œil qu'au repos ; il donne au regard un aspect vague et étrange.

La maladie de Friedreich ne comporte ni paralysies oculaires, ni troubles pupillaires.

d) Les *réflexes* rotuliens sont abolis comme dans le tabès, les réflexes cutanés conservés.

e) Comme troubles trophiques, on note seulement : 1° Un pied bot spécial (pied creux avec cambrure et tassement exagéré dans le sens antéro-postérieur), accompagné d'*hyper-extension des orteils*, surtout du gros orteil, et d'un relâchement des ligaments articulaires ; 2° une *déviation vertébrale*, qui est le plus ordinairement une *scoliose*, à laquelle vient quelquefois se joindre une cyphose ou une lordose.

f) Il est fréquent d'observer des troubles vaso-moteurs (refroidissement, cyanose, œdème des extrémités) et *sécrétoires* (salivation, polyurie, hyperhydrose).

g) Il n'existe pas de *troubles génito-urinaires*, ni de *manifestations organiques*. L'intelligence est ordinairement intacte ; le vertige et la céphalée sont les seuls troubles cérébraux que l'on note avec quelque fréquence.

B. Évolution. — L'évolution se fait en général de la façon suivante : l'incoordination motrice apparaît la première dans les membres inférieurs, où elle évolue progressivement ; elle atteint ensuite les membres supérieurs ; puis surviennent le nystagmus, la dysarthrie, la scoliose,

le pied-bot ; enfin, après huit ou neuf ans, l'impotence fonctionnelle est complète, le malade est infirme à jamais.

La marche de l'affection est lente, mais fatalement progressive ; on peut observer des rémissions prolongées et des aggravations rapides, survenant sous l'influence de maladies intercurrentes, surtout de maladies infectieuses ; mais il n'y a point à attendre de guérison où même de rétrocession spontanée.

Par contre, la durée de la maladie est très longue (dans un cas de Vizioli elle s'est prolongée quarante-six ans), et les sujets succombent généralement à une infection intercurrente.

C. Étiologie. — La maladie de Friedreich apparaît, le plus ordinairement, *dans l'enfance ou au début de l'adolescence*, presque toujours entre six et quinze ans ; elle se développe rarement après seize ans, et frappe également les deux sexes. C'est une *maladie familiale* au premier chef, plus encore qu'une maladie héréditaire : dans une même famille, elle peut atteindre la plupart des rejetons (7 ataxiques sur 8 enfants dans un cas d'Ormerod), et elle apparaît généralement au même âge chez tous les sujets issus d'une même lignée.

L'*hérédité*, quand elle existe, peut être directe ou atavique, similaire ou simplement névropathique.

L'*hérédo-syphilis* a été incriminée dans un cas de Raymond ; mais, d'autre part, Déjerine a vu la syphilis survenir, chez un sujet, plusieurs années après le début d'une maladie de Friedreich.

Enfin, depuis quelque temps, on fait jouer un certain rôle aux maladies infectieuses (rougeole, coqueluche), dans la génèse, ou tout au moins la provocation, de la maladie de Friedreich.

D. Anatomie pathologique. — Au point de vue anatomique, la maladie peut être considérée comme une maladie d'*évolution* frappant les faisceaux médullaires à développement tardif.

Au point de vue du pronostic, on peut dire de la maladie de Friedreich, qu'elle constitue une infirmité incurable ; elle ne menace pas l'existence, mais apporte un obstacle définitif à la vie sociale de l'individu. Le traitement peut être considéré comme nul.

(*France Médicale.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

I. — La médication thyroidienne dans le traitement des affections rhumatismales et en particulier de l'artério-sclérose. — II. Indications, contre-indications et dangers de la médication thyroidienne. — III. Sur la vente des produits thyroidiens. — IV. Fièvre dite bilieuse hémoglobinurique. — V. De l'appendicite dans l'armée. — VI. Role des moustiques dans la propagation de l'infection palustre. — VII. La bicyclette chez les hernieux.

I

M. Lancereaux cite plusieurs résultats remarquables qu'il a obtenus avec l'iodothyrine de Baumann dans plusieurs cas de rhumatisme chronique ou goutte mani-

festée par l'artério-sclérose, troubles vaso-moteurs et trophiques des extrémités, sclérodermie, etc.

La première observation est celle d'une femme atteinte de sclérodermie généralisée depuis deux ans. La peau est lisse, luisante ; elle a perdu sa souplesse et est épaissie, indurée, pigmentée. Au niveau des articulations la peau collée aux os donnait la sensation du bois. Les tissus fibreux périarticulaires étaient retraités et les mouvements presque complètement abolis. Soumise à un traitement d'iodothyrine à doses progressivement croissantes (0,50 à 4 gr. par jour) l'état de la malade s'améliora rapidement. Après quatre mois de traitement, la peau de la face a repris son aspect normal ; celle du cou et du tronc s'est assouplie.

Une deuxième femme âgée de 32 ans et atteinte depuis six mois de troubles vaso-moteurs des extrémités, a été soumise au même traitement. Sous l'influence du froid ou d'une émotion, les extrémités des doigts et des orteils devenaient exsangues et engourdies. Au bout d'un quart d'heure environ cette vaso-constriction laissait à sa place une dilatation plus ou moins prononcée. De plus sueurs abondantes et salivation exagérée. Sous l'influence de l'iodothyrine (de 1 à 6 gr. par jour), sueurs et salivations ont disparu et les troubles vaso-moteurs ont beaucoup diminué d'intensité.

Le troisième malade est un homme âgé de 36 ans atteint de rhumatisme chronique, goutte et artério-sclérose avec augmentation considérable de la tension artérielle, hypertrophie du cœur et sclérose des reins (albuminurie). Sous l'influence de l'iodothyrine, à doses progressivement croissantes, les douleurs articulaires, les ostéophytes et les troubles trophiques des ongles s'atté-

nuèrent et finirent par disparaître. En même temps la tension artérielle diminua ainsi que la polyurie et l'albuminurie. Le cœur diminua également de volume et le deuxième bruit aortique à timbre claquant, redevint presque normal. Le pouls est moins tendu, mais plus rapide.

Plusieurs autres malades atteints d'artério-sclérose généralisée ont été traités de la même manière. Les résultats sont très encourageants.

II

La médication thyroïdienne donne des résultats merveilleux dans les cas d'insuffisance ou de suppression de la fonction du corps thyroïde, (myxœdémie) que cette suppression soit d'origine opératoire ou due à une atrophie de la glande.

On a tenté de rattacher à une insuffisance d'activité du corps thyroïde un grand nombre d'états dystrophiques dant lesquels on retrouvait plus ou moins atténués certains traits du myxœdème type. Partant de ce fait que la secrétion thyroïdienne régularise les actions nerveuses nutritives, on a conçu l'espoir de relever l'activité supposée amoindrie du système nerveux central dans l'arthritisme, l'artério-sclérose et certains troubles vaso-moteurs (communication de M. Lancereaux). Dans quelques cas la thyroïde s'est montrée inutile; d'autres fois son emploi n'est pas sans exposer à de grands dangers, en particulier dans le traitement de l'obésité simple.

La glande thyroïde fournit à l'organisme un produit qui neutralise un poison fabriqué par l'organisme lui-même et vraisemblablement un produit de déchet constituant une véritable toxine. L'accumulation de cette toxine

produit des accidents aigus à la suite de la thyroïdectomie totale, par exemple, ou bien chronique dans le cas de thyroidectomie partielle presque totale. Dans ces cas la médication thyroïdienne doit être en quelque sorte indéfiniment continuée.

Mais pour bienfaisante qu'elle soit la médication thyroïdienne n'en est pas moins d'un maniement difficile. Les animaux auxquels on injecte du suc thyroïdien ou de la thyroïdine présentent des accidents qui peuvent être mortels, si les doses sont suffisantes (somnolence, coma convulsions, mort); chez l'homme à côté des effets simplement fâcheux tels que vertiges, tachycardie, douleurs, grande faiblesse, dépression générale; la thyroidine a déterminé dans quelques cas la mort par collapsus cardiaque.

Ainsi faut-il être très circonspect dans l'administration de ce produit, même lorsqu'il paraît le mieux indiqué commencer par des doses très faibles et augmenter progressivement tout en surveillant son malade de très près.

La conclusion est que les produits thyroïdiens doivent être rangés dans la catégorie des remèdes dangereux que, seul le médecin peut prescrire en surveillant l'emploi et dont la vente libre doit être désormais interdite.

III

M. François Franck. — Le suc thyroïdien est toxique chez les animaux sains, dont le corps thyroïde fonctionne normalement.

Chez l'homme, en cas d'intoxication aiguë, on note de la tachycardie, de l'instabilité du pouls et des troubles cardiaques, pouvant aboutir à la syncope, des vertiges, de la céphalalgie, des bouffées congestives et des troubles

psychiques, du tremblement, de l'anxiété respiratoire, etc. Les troubles de la nutrition causés par une intoxication chronique se manifestent par de l'amaigrissement, de la polyurie avec phosphaturie, et quelquefois de la glycosurie.

La tolérance des sujets soumis à l'action de produits thyroïdiens est très variable. Tous les troubles observés ne relèvent pas de la thyroïdine même, quelques-uns affectent le caractère d'une infection par produits altérés.

Les produits thyroïdiens, sous quelque forme qu'ils se présentent, sont des produits toxiques, et à ce titre, doivent être rangés dans la catégorie des médicaments dangereux, que seul le médecin doit prescrire en en surveillant l'emploi. En conséquence, la commission émet le vœu que la vente de ces produits soit soumise à la réglementation qui régit la vente des médicaments dangereux, et que les préparations thyroïdiennes ne soient désormais livrées au public que sur l'ordonnance expresse des médecins, renouvelée à chaque livraison nouvelle.

IV

M. Bertrand présente à l'Académie un échantillon de sang avec hématozoaires prélevé sur un malade atteint de fièvre bilieuse hémoglobinurique. Le malade n'avait eu que de légères crises d'impaludisme, lorsqu'il fut pris d'un accès avec hémoglobinurie, traité par le bromhydrate de quinine en injections. La guérison survint en quelques jours. M. Bertrand conclut, sans nier l'hémoglobinurie quinique, que l'impaludisme intervient puissamment dans la pathogénie de cette fièvre.

V

M. Chauvel. — De l'examen de 171 cas d'appendicite observés dans l'armée depuis trois ans, et dont 83 ont été traités chirurgicalement et 88 médicalement, on peut conclure :

1° Que certaines appendicites légères, non suppurées ou même suppurées, peuvent guérir par le repos, le régime, un traitement médical rationnel et approprié.

2° L'intervention est indiquée quand l'infection s'est propagée au pourtour du diverticule, quand la formation du pus est très probable, même alors qu'il n'y a pas encore évidence de la collection du liquide en foyer.

3° Le médecin doit se laisser conduire par l'examen de l'état général, du pouls, de la température et de l'abdomen. Le traitement chirurgical n'est pas le seul traitement rationnel, et il est impossible d'accepter l'aphorisme de M. Dieulafoy : on ne doit pas mourir d'appendicite, de quelques réserves qu'on l'entoure.

4° L'incision iliaque est celle qui permet le mieux de donner issue aux produits purulents ou putrides, dans les conditions habituelles.

5° Le péritoine divisé, s'il n'existe pas d'adhérences, si le foyer purulent n'a pas été ouvert, l'exploration sera faite avec beaucoup de prudence, l'index écartant doucement les anses intestinales en se dirigeant vers le cœcum.

6° Une fois le pus évacué, la recherche de l'appendice est autorisée lorsqu'elle peut se faire facilement.

7° Mais ces recherches doivent être prudentes et limitées. Mieux vaut s'abstenir que d'être téméraire, et on ne saurait désapprouver ceux qui posent comme règle de se borner à ouvrir le foyer et à le draîner largement.

8° Si l'infection est déjà profonde, si le pus a fusé au loin, si la péritonite purulente ou septique est étendue ou généralisée, l'intervention chirurgicale doit être poussée jusqu'aux dernières limites : ouvertures larges et multiples du péritoine, lavages, drainage, injections de sérum artificiel, tout doit être tenté. Si le succès est rare, au moins n'est-il pas impossible.

9° L'opération à froid ou dans une période de calme nous semble autorisée, si l'examen démontre la persistance non douteuse de lésions septiques de l'appendice ou de son voisinage, et si le patient la réclame avec insistance, après avoir été prévenu de ses aléa et de ses dangers. Elle sera toujours conduite avec prudence, et les explorations pour la recherche du diverticule seront arrêtées à temps pour éviter la production de désordres graves.

M. Dieulafoy, en regard de la statistique donnée par M. Chauvel, présente sa statistique personnelle comprenant 61 cas, tous traités chirurgicalement, et ne lui ayant donné qu'une mortalité de 7 cas, soit 11,4 p. 100 de décès. Pour lui, il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite ; l'intervention chirurgicale est le seul traitement rationnel, aussitôt le diagnostic posé.

VI

M. Laveran. — L'impossibilité de retrouver ni dans l'air ni dans l'eau l'hématozoaire du paludisme, avait conduit à conclure que le germe se trouvait probablement en dehors du corps humain, à l'état de parasite des moustiques.

Les recherches entreprises par M. Koss viennent de confirmer cette opinion. Il a pu suivre chez les mous-

tiques l'évolution de l'hématozoaire du paludisme, et il en conclut que les moustiques jouent un grand rôle dans la propagation de la maladie. Les conclusions sont d'ailleurs corroborées par des travaux récents faits en Italie sur la même question.

Dès aujourd'hui, on peut dire que dans la prophylaxie du paludisme, les mesures propres à assurer la destruction des moustiques ou les protections contre la piqûre de ces insectes, doivent être placées au premier rang.

VII

M. Lucas Championnière rapporte l'observation d'un malade du Dr Loir, de Tunis, atteint d'une hernie, mal contenue par les bandages, et qui disparut à la suite de la bicyclette.

M. Lucas-Championnière insiste sur l'utilité des mouvements et de l'exercice dans le cas de hernie. Le mouvement prévient l'engraissement, si préjudiciable en pareil cas. L'usage de la bicyclette en particulier est très favorable, et il le permet très peu de temps après la cure radicale, alors qu'il défend l'escrime et le cheval jusqu'au sixième mois.

Le hernieux doit se placer sur une bicyclette peu élevée, ayant le siège sensiblement en arrière du pédalier. Il doit éviter de monter les fortes rampes et ne pas aller à trop grandes vitesses. Ainsi sagement réglé, l'usage de la bicyclette est très favorable, et c'est l'exercice de choix pour les hernieux.

Dr Humeau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Méningite cérébro-spinale épidémique, microbe ayant tous les caractères du pneumocoque encapsulé typique ; raisons qui permettent de considérer le méningocoque recueilli le plus ordinairement comme une variété de pneumocoque. — II. Volumineux fragments d'un épithéliome végétant de l'estomac expulsés par le vomissement. — III. Périgastrite douloureuse par ulcère simple de l'estomac. Double intervention chirurgicale. Amélioration. — IV. Angines a bacille fusiforme. — V. Diagnostic précoce du cancer du poumon par l'étude histologique des crachats. — VI. Chancres syphilitiques multiples des seins chez une nourrice. — VII. Présentation d'un malade atteint de surdi-mutité hystérique. — VIII. Note relative au mode d'action du salicylate de méthyle en applications locales.

I

(*Séance du 6 janvier*). — M. Netter présente le cerveau et la moelle d'un enfant de six ans qui a succombé l'avant-veille dans son service à une méningite cérébro-spinale.

L'enfant a été admis, le 3 janvier, au quatrième jour d'une maladie dont le début avait été soudain au milieu d'une bonne santé habituelle.

Le diagnostic de méningite cérébro-spinale avait été porté en raison de l'hyperthermie, de la douleur de tête et du tronc, de la raideur de la nuque, de la présence du signe de Kernig.

Il n'y avait pas de paralysie ou de contractures, et l'on

n'observait pas trace d'herpès. Celui-ci, semble relativement rare dans l'épidémie actuelle.

L'auscultation révélait l'intégrité absolue des organes thoraciques. Il n'y avait pas d'otite. Les urines renfermaient une quantité appréciable d'albumine.

Le D[r] Netter fit la ponction lombaire, qui lui permit de retirer un liquide d'apparence assez claire mais qui laissa cependant se déposer quelques grumeaux légèrement jaunâtres. Ce liquide s'écoulait avec une assez grande facilité, dénotant une tension notable. Il renfermait plus d'albumine que le liquide cérébro-rachidien physiologique. L'examen de l'exsudat révéla la présence du microbe dont nous parlerons plus loin.

Malgré l'usage des bains chauds, le malade, qui présentait un état comateux déjà marqué, succombait dans la soirée à 11 heures.

A *l'autopsie*, lésions d'une méningite cérébro-spinale suppurée.

L'exsudat fibrino-purulent prédomine à la convexité du cerveau. Il est surtout confluent au niveau du lobe frontal où existe de chaque côté une plaque épaisse d'un jaune verdâtre occupant une surface supérieure à celle d'une pièce de cinq francs.

Sur le reste de la convexité, les îlots fibrino-purulents suivent les sillons séparant les circonvolutions.

On trouve un exsudat moins abondant à la base et sur le cervelet.

Au niveau de la moelle, on voit des plaques fibrino-purulentes épaisses à la face postérieure, et les traînées purulentes se prolongent le long de quelques racines nerveuses.

Il existe une grande quantité de liquide séro-purulent

dans les ventricules cérébraux et au niveau de la queue-de-cheval.

Les deux caisses du tympan, ouvertes avec soin, ne paraissent pas altérées et renferment une petite quantité de liquide transparent. Les sinus ethmoïdal et sphénoïdal sont vides.

Les poumons sont normaux, simplement congestionnés à la partie inférieure. Les viscères ne présentent aucune altération importante.

Il s'agit bien d'une méningite cérébro-spinale primitive.

Il y a une grande différence entre le liquide obtenu par la ponction et celui qui a été trouvé à l'autopsie ; ce dernier était trouble et séro-purulent, tandis que le liquide de la ponction était transparent.

Le Dr Netter fait remarquer qu'il y a en ce moment une recrudescence de cas de méningites cérébro-spinales.

Dans le cas qu'il vient de présenter à la Société, le microbe trouvé était un pneumocoque typique.

« Le liquide retiré par la ponction lombaire du vivant du malade m'a montré des organismes lancéolés encapsulés tout à fait typiques.

« Ces microbes tuent les souris en inoculation sous-cutanée.

« Ensemencés dans le sérum humain de sujets n'ayant jamais eu de pneumonie, ils se sont développés exclusivement sous forme de monocoques ou diplocoques lancéolés entourés d'une superbe capsule. Ils n'ont pas présenté la moindre apparence d'agglutination. »

Si M. Netter s'appesantit sur ce point de bactérologie, c'est que le microbe trouvé le plus souvent dans les méningites cérébro-spinale, et décrit sous le nom de méningo-

coque, présente ordinairement des caractères particuliers qui le différentient du pneumocoque; pour Netter autrefois, il s'agissait d'une variété de pneumocoque. Il se réserve de faire de nouvelles recherches sur ce sujet.

M. Rendu est absolument d'accord avec M. Netter sur la réalité de la persistance, et même de la recrudescence de l'épidémie actuelle de méningite cérébro-spinale. En quinze jours, il vient d'en voir 2 cas : l'un à l'hôpital, qu'il communiquera prochainement à la Société dès que son interne, M. Rist, aura complété les recherches microbiologiques auxquelles il se livre actuellement; l'autre en ville, dans des circonstances cliniquement fort intéressantes. Il s'agit d'un jeune collégien de 14 ans, qui, vers la fin de novembre, fut pris, sans cause connue, de frisson, de fièvre et de symptômes infectieux d'apparence typhoïde. A ces accidents succéda une éruption d'érythème noueux, qui amena une détente dans l'état général et parut entrer en résolution. Au moment où la convalescence semblait s'établir, une troisième invasion fébrile se déclara, avec des symptômes de céphalée, de vomissements, de ralentissement du pouls qui firent songer à de la méningite : en même temps, l'érythème polymorphe avait reparu sur le dos des mains sous forme d'une éruption papuleuse.

Quand M. Rendu le vit, il y a quelques jours, il trouva de la diplopie, de la dilatation et de la paresse des pupilles, de la lenteur des réponses, des vomissements manifestement d'origine cérébrale. En même temps le signe de Kernig existait nettement, ainsi que la suppression des réflexes patellaires. Ces symptômes, joints à des douleurs irradiées aux cuisses, et à de la rétention d'urine, indiquaient manifestement l'envahissement de la moelle et il

n'hésita pas à diagnostiquer une méningite cérébro-spinale survenue tardivement au cours d'un état infectieux antérieur.

II

M. A. Mathieu présente à la Société trois petites masses dures, d'un blanc jaunâtre, avec des marbrures de coloration rouges, violacées, petites masses constituées par végétations épithéliomateuses, évacuées dans un vomissement par un malade atteint d'un cancer de l'estomac indiscutable (amaigrissement considérable, douleur épigastrique, dégoût de la viande, vomissements d'aliments ingérés depuis la veille ou l'avant-veille, tumeur très nette).

III

M. Merklen présente un malade qu'il a pu suivre depuis le 10 novembre 1895, il s'agissait d'un homme atteint d'ulcère simple de l'estomac, qui entra dans son service pour une perforation de l'estomac qui avait eu lieu la veille. Des adhérences péritonéales préalables avaient limité la péritonite ainsi survenue et il se développa un abcès gazeux sous-diaphragmatique qui fut opéré le 2 décembre par M. Delbet.

La guérison paraissait complète lorsque, vers le 10 janvier 1897, survinrent des douleurs très cruelles, qui se montraient cinq minutes après l'ingestion d'un aliment quelconque, fût-ce du lait ; elles étaient manifestement exagérées par la marche et la station debout. Leur point de départ était au creux de l'estomac, puis elles s'irradiaient en arrière du sternum et dans les deux bras jusqu'à la face interne de l'auriculaire, présentant quelque analogie,

au point de vue des irradiations avec l'angine de poitrine. Ces crises duraient de trente à quarante-cinq minutes ; et ne se produisaient jamais la nuit.

Comme aucun traitement ne le soulageait, devant les idées de suicide du malade, M. Faure se décida à l'intervention.

Une opération faite le 2 mars 1898 permit de constater que l'estomac était entouré de brides membraneuses et d'ahérences qui furent immédiatement sectionnées. Malheureusement, l'adhérence principale extraordinairement intime et de la largeur d'une pièce de 1 franc, fixait à la face inférieure du lobe gauche du foie la partie interne de la petite courbure, immédiatement en dedans du cardia; la paroi stomacale était à ce niveau épaisse et indurée; c'était l'ulcère simple.

Cette dernière adhérence ne fut pas sectionnée; pendant quinze jours le malade se crut guéri, puis les crises douloureuses revinrent aussi fortes qu'avant l'opération, présentant les mêmes caractères ; cependant elles étaient amenées seulement par la station debout et la marche ; l'ingestion des aliments ne les provoquait plus.

Le 10 juin dernier, une deuxième opération fut faite par M. Faure pour détacher l'adhérence gastro-hépatique et réséquer l'ulcère simple.

Cette opération permit de constater qu'il s'agissait bien d'ulcère simple et non de cancer.

Les résultats furent favorables en ce sens que les grandes crises ont totalement disparu ; il persiste encore quelques élancements douloureux, mais qui ont une tendance à diminuer.

IV

(*Séance du 13 janvier*). — Depuis une communication faite par M. Vincent le 11 mars 1897 sur une forme d'angine déterminée par l'association de spirilles et de bacilles fusiformes, on a observé un certain nombre de cas analogues. M. Sacquépée, qui est chargé au laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce d'étudier les fausses membranes qui y sont envoyées, en a observé 5 cas : 2 au Val-de-Grâce et 3 provenant des autres hôpitaux militaires.

Dans ces 5 cas, l'examen microscopique des fausses membranes a montré une quantité considérable de bacilles fusiformes et de spirilles, qui étaient à peu près exclusifs dans les premiers jours de l'affection. Mais après quelques jours, et à mesure que l'affection rétrocédait, ces microbes diminuaient de nombre et faisaient place à des bactéries, telles que le staphylocoque et même le pneumocoque, qui habitent normalement la bouche.

M. Vincent rappelle que, depuis sa communication, un assez grand nombre d'observations, soixante environ, ont été publiées.

C'est une angine diphtéroïde caractérisée par un exsudat pseudo-membraneux plus ou moins épais, siégeant ordinairement sur l'amygdale, s'accompagnant d'adénite, de fièvre, et présentant quelque ressemblance clinique avec la diphtérie. Au début de l'affection, on voit apparaître sur l'une des amygdales, parfois sur les deux, une tache blanchâtre ou grisâtre, reposant sur une surface érodée et saignant facilement. Enlevée, la fausse membrane s'est reproduite le lendemain ; elle est épaisse, pulpeuse à sa surface, ou même de consistance crayeuse, plus dense et

plus cohérente dans sa profondeur ; elle ne se dissocie pas dans l'eau. Au voisinage de la membrane, le pharynx est rouge. La dysphagie est ordinairement assez prononcée. L'adénite est presque constante.

L'affection guérit au bout de huit à quinze jours, en moyenne. Cette angine est sous la dépendance d'un bacille particulier d'aspect fusiforme.

Au point de vue clinique il est à peu près impossible de distinguer cette variété d'angine de la diphthérie vraie et c'est l'examen de la fausse membrane qui permettra de faire le diagnostic.

Il paraît y avoir une grande analogie entre ce bacille et les microbes décrite par Bernheim (1) dans la stomatite ulcéreuse.

M. Vincent ajoute que, comme un grand nombre de microbes, ce bacille peut exister spontanément dans la bouche et cela dans l'enduit lingual et le tartre dentaire de certains sujets qui négligent les soins de leur bouche.

V

M. Paul Claisse rapporte deux cas de cancer du poumon où l'on a pu trouver des bourgeons néoplasiques dans les matières expectorées; on peut trouver là un moyen de diagnostic précoce.

Dans l'un des cas, il s'agissait d'un homme d'une cinquantaine d'années, d'excellente santé habituelle, qui, depuis quelque temps, dépérissait. Le professeur Landouzy, qui le soignait, lui remit un jour deux petits fragments qui venaient d'être expectorés à la suite d'une quinte

---

(1) Ueber einen Bakt. befund bei Stomatitis ulcerosa. *Centralbl. f. Bakt.* 1898.

de toux, en lui disant que l'examen de l'appareil respiratoire n'avait révélé rien d'anormal. Ces fragments, de teinte blanc grisâtre, à surface inégale, avaient à peu près la dimension d'un noyau de cerise. Ils furent soumis à diverses préparations histologiques. La moitié de l'un d'eux fut inclus dans la paraffine. L'examen des coupes montra qu'il s'agissait d'un tissu épithélial, feutrage compact d'éléments volumineux, inégaux, qui, par places, avaient une forme cubique, à d'autres se disposaient concentriquement, à la façon des nodules épidermiques. L'examen histologique permit, en somme, d'affirmer que le fragment d'origine pulmonaire était un tissu pathologique, épithéliomateux. Le diagnostic posé par l'histologie fut, au bout de plusieurs semaines, confirmé par l'évolution clinique et en particulier par l'apparition de crachats gelée de groseille. Bientôt le syndrome fut indiscutable et l'évolution entraîna la mort.

VI

(*Séance du 20 janvier*). — M. Danlos rapporte l'observation d'une femme de 34 ans, ayant eu 6 enfants; son dernier étant âgé de 14 mois, elle chercha un nourrisson, qu'elle obtint par l'entremise d'un bureau. Il s'agissait d'un enfant chétif, né avant terme; les parents se prétendaient sains et un médecin dit qu'il croyait l'enfant sain.

Au bout de quinze jours l'enfant se mit à dépérir, il présenta des boutons sur tout le corps, et, lorsqu'on l'amena à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, il fut reconnu comme syphilitique : amaigrissement extrême, teint bistré, coryza purulent, fissures aux lèvres et à l'angle des narines; plaques muqueuses ovales, etc.; un mois après, la nourrice revint à la consultation.

L'examen des mamelles montrait alors sur le sein gauche une ulcération superficielle, grande comme une pièce de 20 centimes, légèrement concave, à fond lisse, à bord à peine saillant, mais induré, avec adénopathie axillaire indolente. Sur le sein droit, on comptait 21 ulcérations semblables, plus petites toutefois, ayant en moyenne la dimension d'une lentille, ou même moins. Plusieurs étaient couvertes de croûtes.

D'ailleurs, même apparence lisse, rouge ou légèrement membraneuse du fond, même pente très adoucie des bords, même aspect discoïde, sauf immédiatement autour du mamelon où plusieurs ulcérations primitivement distinctes avaient fusionné. L'induration, perceptible nettement sur les plus grandes, et du reste peu considérable, n'était guère appréciable sur les plus petites. On notait dans l'aisselle droite une *grosse adénopathie* indolente. L'examen de la bouche et des parties génitales n'indiquait rien d'anormal, aucune éruption sur le corps.

VII

(*Séance du 27 janvier*). — M. Antony présente à la Société un jeune soldat breton âgé de 23 ans, atteint de surdité-mutité.

Antécédents héréditaires et personnels négatifs; le malade était en bonne santé et robuste jusqu'à son incorporation en novembre 1897.

Au mois de mars dernier, il se présenta à la visite déclarant qu'il n'entendait plus rien; on le met à l'infirmerie et, deux jours après, on constate qu'il est muet; on observe en même temps de l'anosmie, un rétrécissement du champ visuel à droite, de l'anesthésie du membre supérieur droit et une diminution du réflexe pharyngien.

Depuis qu'il est en observation au Val-de-Grâce, à aucun moment il n'a paru entendre et n'a émis un son quelconque.

Quand on l'examine, il affecte un air hébété, indifférent, il détourne les regards et ne cherche pas à saisir votre pensée. On peut cependant communiquer avec lui par l'écriture; il lit aisément et écrit de même, en employant une orthographe des plus rudimentaires, car son instruction est peu étendue. Encore est-il nécessaire de se borner aux idées les plus usuelles.

Il ne faudrait pas cependant se laisser prendre à cette attitude, car, maintes fois, on l'a surpris souriant d'un air narquois et, lorsqu'il se trouve avec ses camarades, il s'anime, correspond facilement avec eux, joue aux cartes avec passion et suit avec un soin jaloux le jeu de ses partenaires.

A la suite d'examens variés et répétés auxquels il a été soumis par le professeur Raymond, qui a bien voulu l'examiner, il a eu une crise ébauchée, caractérisée par des spasmes, des sanglots et une salivation profonde; cette crise a duré plus d'une demi-heure et a été suivie d'une parésie du membre inférieur droit avec anesthésie de la jambe et de la cuisse.

VIII

M. du Cazal vient d'observer le fait suivant. Il traitait une malade atteinte d'une double arthrite du genou par des applications de salicylate de méthyle. Le second jour, après deux applications elle se trouvait tellement soulagée qu'elle se considérait comme guérie. Ses urines, additionnées de perchlorure de fer, décelaient la présence de l'acide salicylique.

Une malade placée deux lits plus loin, qui avait aussi des douleurs de genoux et à qui l'on n'avait fait aucune application de salicylate de méthyle se trouvant aussi très soulagée, M. du Cazal fit l'examen de ses urines qui contenaient une quantité d'acide salicylique sensiblement égale à celle contenue dans les urines de la première.

M. du Cazal pense que ce fait prouve que le salicylate de méthyle est absorbé par les voies respiratoires.

D[r] Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS ET ANGLAIS

SYMPTOMES DE LA LANGUE DE QUELQUES REMÈDES IMPORTANTS.

Apis. — Langue rouge vif, sèche, recouverte de vésicules; la langue tremble et se heurte aux dents lorsqu'on la tire. Les bords sont rouges, ainsi que la pointe, et recouverts de vésicules. Elle donne la sensation d'avoir été échaudée. Enflure de la langue dans la diphtérie.

Arnica. — Langue sèche avec raie brune au milieu (fièvre typhoïde) enduit jaunâtre (dyspepsie).

Arsenic. — Langue à vif, rouge et excoriée, sèche; langue recouverte de fuliginosités d'un brun sombre (fièvre typhoïde), langue avec carte de géographie (maladies aiguës).

Baptisia. — Langue avec raie brune au centre, bords rouges et brillants. Langue brune et sèche (fièvre typhoïde).

Belladona. — Langue sèche, bords et pointes rouges, le

centre blanc. Papilles saillantes et agrandies (langue comme une fraise, scarlatine) tremblements.

Borax. — Aphtes sur la langue.

Bryonia. — Langue blanche ou jaune blanchâtre; dans la fièvre typhoïde le milieu surtout est blanc et les bords sont propres. Langue sèche et fissurée (fièvre typhoïde).

Camphora. — Langue froide.

Chelidonium. — Langue couverte d'un enduit jaunâtre et qui présente les empreintes des dents (affections du foie).

China. — Langue très chargée, blanche, jaune sale.

Colchicum. — Langue recouverte d'un enduit jaune sale, ou bien rouge vif avec un enduit à la base.

Gelsemium. — Langue comme paralysée (Dulcamara).

Hydrastis. — Langue large, molle, visqueuse, enflée, conservant l'empreinte des dents, enduit jaune sale. Sensation d'avoir été échaudée.

Hyosciamus. — Langue rouge, sèche, fissurée (Bell.) avec enduit brunâtre.

Iodium. — Deux bandes de mucus ou d'écume sur la langue (affections du pancréas).

Kali bichrom. — Langue épaisse, large, d'un jaune brun, lisse, rouge et luisante. Les bords pleins d'ulcérations douloureuses. Sensation d'un cheveu à la racine de la langue.

Mercurius. — Langue humide, molle, flasque, spongieuse, enflée, avec l'empreinte des dents. Langue douloureuse et ulcérée, recouverte d'un enduit janne et sale.

Merc. iodatus. — Base de la langue recouverte d'un en-

duit jaune et épais tandis que la partie antérieure est propre et rouge (diphtérie).

Phytolacca. — Pointe très rouge et sensible, vésicules sur les bords. Douleur à la racine de la langue en avalant.

Pulsatilla. — Langue d'un blanc grisâtre.

Rhus tox. — Langue sèche comme légèrement brûlée, brune avec une tache triangulaire et rouge à la pointe. Langue d'un brun sombre, fissurée et saignante. Langue lisse et rouge (scarlatine)..

Stramonium. — Langue rouge ou blanchâtre recouverte d'un pointillé rouge. Recouverte d'un produit jaune brun, sèche, fissurée, surtout au milieu (typhoïde).

Sulphur. — Langue blanche avec la pointe et les bords rouges (affections aiguës). Langue sèche avec la pointe rouge; difficulté de parler (pneumonie typhique).

Terebinthina. — Langue sèche, rouge brillante (fièvre typhoïde, péritonite), langue lisse comme si on en avait râclé les papilles.

Veratrum viride. — Raie d'un rouge vif au milieu de la langue (fièvre, méningite) (*The Hahnemannian Monthly*, extrait du *Zeitschrift des Berliner Vereines Homœopathischer Aerzte*).

LES MÉDICAMENTS DE L'OTORRHÉE CHRONIQUE.

Le Dr Schenck donne les indications suivantes pour les remèdes que l'on peut employer dans l'otorrhée chronique.

Alumina. — Peu usité, s'emploie lorsque l'otorrhée s'accompagne de catarrhe nasal avec ulcérations de la muqueuse, écoulement épais jaune, infect, strié de sang, douleurs dans les sinus frontaux, grande sécheresse de la

gorge et sensation de mise à vif soulagée par l'absorption de boissons chaudes. L'oreille moyenne est remplie de végétations très sensibles qui saignent facilement, le pus est ichoreux.

Arsenicum alb. — Brûlures et élancements dans le conduit auditif externe, sensation de quelque chose de vivant dans le canal, écoulement ichoreux qui irrite les parties sur lesquelles il passe, éruption sèche et squameuse du méat. Le pus est ichoreux, clair et fétide. Bourdonnements d'oreilles qui viennent par crise ainsi que les douleurs. S'emploie dans les cas qui s'accompagnent d'un état général grave et de l'agitation habituelle au médicament.

Calcarea. — Douleurs dans les oreilles avec sensation de pression vers l'extérieur. Brûlures et démangeaisons dans les oreilles. Sensation d'air chaud qui s'introduirait dans les oreilles; éruption humide autour des oreilles avec enflure et sensibilité du conduit auditif externe. Apophyses mastoïdes enflées et douloureuses au toucher. Engorgement des ganglions autour de l'oreille. Polypes dans l'oreille. Si l'écoulement non irritant, ni odorant, jaunâtre, se montre chez un enfant gras on donnera le carbonate. Si l'écoulement est fluide et excoriant, et que l'enfant présente en même temps des tumeurs adénoïdes, Calcarea iod. sera mieux indiqué. Si le malade a été affaibli par une maladie grave, et que l'oreille soit remplie de granulations, on donnera plutôt Calcarea phos.

China. — Ulcérations indolores de la caisse avec hémorrhagies passives et pas de tendance aux végétations. Malades affaiblis par des pertes de sang.

Hepar sulf. — Ecoulement par l'oreille de pus fétide. Sensibilité extrême du contact. Les enfants refusent de se

laisser examiner les oreilles et souvent les adultes accusent une grande sensibilité. Le canal est rempli de pus caséeux, il saigne au moindre contact. Il y a toujours une grande amélioration par des applications chaudes, ou en tenant la tête bien chaude.

Kali bichr. — Piqûres dans l'oreille et l'apophyse mastoïde, ainsi que dans diverses parties de l'oreille. Bourdonnements. Pus fétide et filant. Ulcérations de la caisse. Granulations.

Kali iod. — Otorrhée de pus jaune, strié de sang. Douleurs déchirantes dans les oreilles avec sensation de quelque chose qui serait tombé sur le devant de l'oreille. Sensation d'insecte dans l'oreille. Douleurs déchirantes dans le temporal. Très utile quand il y a complication du du côté de l'apophyse mastoïde.

Kali mur. — Suppuration chronique de l'oreille moyenne avec beaucoup de végétations dans le conduit auditif. Bon remède pour l'aggravation de la surdité due à un arrêt de la suppuration.

Lycopodium. — Sujets scrofuleux ayant des éruptions humides derrière les oreilles et chez les femmes à l'approche de la ménopause. Le pus est très odorant.

Mercurius solubilis. — Douleurs dans les oreilles, le méat est enflammé et douloureux, le canal est excorié, polypes dans l'oreille. Bruits variés dans l'oreille. Le pus ne s'écoule pas facilement, l'oreille moyenne est le siège de mouvements de pulsation du pus). Les douleurs sont pires la nuit, améliorées le matin et en se levant. Le malade transpire abondamment, sa gorge est rouge vif, la langue présente l'empreinte des dents.

Nitri acidum. — Douleur de distension dans les oreilles. Elancements, sensibilité des os aggravée à chaque chan-

gement de température. Utile dans la carie de l'apophyse mastoïde, surtout quand elle est d'origine syphilitique.

Psorinum. — Indiqué dans les mêmes cas que Sulphur, mais lorsque les symptômes d'irritabilité sont plus marqués chez les enfants et qu'en plus ils ont une apparence sale et qu'ils ont sur eux une odeur de maladie.

Silicea. — Douleurs récentes dans les oreilles, avec démangeaisons et écoulement de pus fétide. Les enfants se grattent les oreilles en dormant. Utile dans la suppuration chronique avec ulcération de la muqueuse du canal et carie des os. Les malades demandent qu'on leur nettoie les oreilles.

Sulphur. — Elancements, piqûres dans les oreilles, violentes démangeaisons. Ecoulement de pus strié de de sang. Utile chez les malades sales et maigres qui ont de l'aversion pour l'eau.

Tellurium. — Ecoulement clair, aqueux, excoriant, d'une odeur que l'on a comparée à celle du vieux poisson salé. Petites pustules ou croûtes dans le conduit auditif.

Thuya. — Otorrhée avec écoulement qui a l'odeur de mets gâtés et beaucoup de végétations dans l'oreille (*The North American Journal of Homœopathy*).

COMOCLADIA DANS L'ECZÉMA.

L'action de ce médicament sur la peau ressemble à celle de Rhus tox. Il produit de l'érythème, de l'enflure et une éruption papuleuse ; il n'a pas le pouvoir de produire de la vésication, mais il détermine de la suppuration, aux jambes surtout. Il provoque aussi des sensations de chaleur, de brûlure, de démangeaisons, de piqûres, de tension, qui se transportent rapidement d'une place à

une autre. Aggravation par le toucher, la chaleur, le repos le matin et le soir. Soulagement par le mouvement, en frottant ou en grattant et au grand air. Rougeur diffuse et enflure de la piqûre avec plaques circonscrites sur le tronc et les extrémités inférieures.

Comocladia peut-être indiqué dans l'eczéma érythémateux aigu de la face avec enflure marquée de la peau et occlusion partielle des paupières ou dans l'eczéma eryrhémateux chronique de la face caractérisé par de fréquents retours de bouffissure ou d'œdème sous les yeux.

Il convient aussi à l'eczéma papuleux du tronc et des extrémités lorsqu'il ne devient ni vésiculeux, ni pustuleux (*The Chironian*).

LOBELIA PURPURESCENS.

Les principaux symptômes de ce médicament sont d'après le D[r] White :

Tête. — Abattement et accablement (comme le produisent les venins de serpents), mal de tête nauséeux avec vertiges, siégeant surtout entre les sourcils.

Yeux. — Impossibilité de tenir les yeux ouverts, fermeture presque spasmodique des paupières surtout la supérieure.

Bouche. — Mucus visqueux dans la bouche. Langue blanche et paralysée.

Cœur. — Paralysé, battements presque imperceptibles.

Poitrine. — Sensation de paralysie des poumons, respition superficielle.

Poumons. — Paralysés, respiration lente qui cesse presque complètement. Prostration profonde de toutes les

forces vitales et de tout le système nerveux, frisson sans tremblements. Par suite de la paralysie des poumons l'organisme se remplit d'acide carbonique et les vomissements et le coma surviennent. Ce médicament agit puissamment dans les états typhiques graves à la manière de Baptisia. Il combat la prostration nerveuse de la grippe et semble dans cette maladie détruire le poison comme Baptisia le fait dans la fièvre typhoïde (*The Homœopathic World*).

D[r] G. Nimier.

REVUE DES JOURNAUX

TRAITEMENT DES PSEUDARTHROSES PAR LA THYROÏDINE

M. Quénu. — Je désire vous communiquer l'observation d'une malade de vingt-quatre ans, qui, en avril 1898, se fit dans une chute une fracture suscondylienne du fémur. avec issue d'un fragment au travers des téguments, et infection consécutive. Elle entra à l'hôpital Cochin trois mois plus tard, et, lorsque je repris mon service, le 15 septembre dernier, je pus constater que la fracture n'était pas consolidée. Mon interne, M. Duval, eut l'idée de faire prendre à la malade des capsules de thyroïdine ; au bout de cinq jours de traitement, elle put se lever et marcher avec un appareil silicaté ; actuellement on vient de lui enlever son appareil et la consolidation est terminée.

Dans un autre cas, chez une malade que j'avais soignée antérieurement par la thyroïdine pour des accidents de

myxœdème consécutif à une thyroïdectomie nécessitée par un goître exophtalmique, j'ai repris la médication thyroïdienne pour faciliter la consolidation d'une fracture bimalléolaire, et le cal s'est formé dans des conditions absolument normales.

M. Reclus. — J'ai observé un fait analogue à celui que M. Quénu vient de nous relater, chez un malade qui avait une pseudarthrose depuis six mois et auquel je me proposais de faire une opération sanglante. Je lui donnai des capsules de thyroïdine, et l'action de ce traitement fut d'une rapidité surprenante ; en très peu de temps la consolidation du cal fut complète. En revanche, dans deux autres cas, j'ai vu la thyroïdine échouer.

(Société de Chirurgie, *Semaine médicale*, 7 décembre.)

ARNICA MONTANA DANS L'AMYGDALITE AIGUE

Les symptômes de l'arnica sont les suivants : grande douleur en avalant, s'étendant jusqu'à une ou aux deux oreilles : impossible d'avaler des aliments solides ; il est plus facile d'ingurgiter une grande quantité de liquide qu'une petite, mais l'un et l'autre sont extrêmement douloureux. La bouche s'ouvre avec difficulté ; enflure et sensibilité à l'*extérieur du cou* ; une ou deux amygdales fortement enflées et d'une couleur rouge ; l'enflure s'étend en arrière et en avant, englobant le voile du palais et la luette, qui sont aussi de couleur rouge. De plus, le malade est frileux, il a la fièvre et a soif ; sa voix est indistincte ; il est incapable de se coucher dans la plupart des cas ; douleur dans les muscles et sensation de malaise général. Il faut accorder une attention particulière au caractère de

l'enflure, à sa couleur rouge, à son importance et à son aspect.

En novembre 1897, dit M. A. Wesner, je soignai M. G...., âgé de 38 ans : Température 101° F ; gonflement et sensibilité aux deux côtés du cou ; douleur dans l'oreille gauche en avalant. Les deux amygdales sont fortement gonflées et de couleur rouge ; l'enflure s'étendant à la luette et au voile du palais, qui sont de la même couleur ; il ouvre la bouche avec difficulté et a fort soif, mais ne peut boire à cause de la grande douleur que cet acte entraîne, et des efforts faits pour son accomplissement. Impossibilité d'avaler de la nourriture solide ou liquide en petite quantité. M. Wesner prescrivit Arnica 6e décimale dans l'eau. Guérison en quatre jours. *Pas de suppuration.*

M. A. Wesner cite deux autres cas semblables. Tous deux furent guéris par Arnica 6e décimale dans l'eau, l'un en deux jours, l'autre en un jour, et toujours sans suppuration (*The American medical Monthly. — Journal belge d'homœopathie.*)

MAUVAIS EFFETS DE L'IODURE DE POTASSIUM SUR L'OREILLE MOYENNE

Comme beaucoup d'autres parties du corps, l'organe de l'ouïe peut devenir le siège de phénomènes d'iodisme. C'est ainsi que les bourdonnements d'oreilles, la surdité temporaire et le gonflement de la muqueuse de la caisse du tympan ont parfois été notés à la suite de l'usage de l'iodure de potassium. M. le Dr H. Ramsay (de Londres) a observé récemment, chez un syphilitique, une otite

moyenne catarrhale typique, consécutive à l'ingestion d'iodure de potasium. Ce malade, qui souffrait depuis longtemps d'otorrhée chronique avec perforation du tympan du côté droit, après avoir absorbé pendant trois jours de l'iodure de potassium à la dose quotidienne de 0 gr. 50 centigr., fut pris de coryza, de larmoiement et de surdité de l'oreille gauche, qui jusque-là était toujours restée saine. A l'examen otologique notre confrère constata une otite séreuse catarrhale, caractérisée surtout par un épanchement liquide s'élevant jusqu'au niveau du manche du marteau et dans lequel l'insufflation d'air par la trompe d'Eustache faisait apparaître des bulles de gaz. On fit suspendre l'usage de l'iodure de potassium, et en huit jours les symptômes de l'otite catarrhale ainsi que les autres phénomènes d'iodisme disparurent. Peu de temps après, l'emploi de ce même médicament fut repris et ne tarda pas à provoquer de nouveau de la surdité. On remplaça alors l'iodure de potassium par l'iodure de sodium, dont la dose put être portée progressivement jusqu'à 4 grammes par jour, sans amener aucun trouble du côté de l'oreille. (*Semaine médicale*, 21 décembre).

Cette observation doit nous engager à essayer l'iodure de potassium à dose homœopathique dans le traitement de certaines affections de l'oreille.

PROPRIÉTÉS VACCINANTES DES SUCS DE CHAMPIGNONS A L'ÉGARD DU VENIN DE VIPÈRE

M. Phisalix a fait la communication suivante à l'Académie des sciences.

Après avoir montré que la tyrosine, extraite du suc de

tubercule du dahlia, et que ce suc lui-même vaccinent contre le venin de vipère j'ai recherché si les champignons, très riches en ferments et en substances dérivées des albuminoïdes, ne possèderaient pas aussi les mêmes propriétés.

Mes expériences ont porté sur plusieurs espèces vénéneuses et comestibles ; mais, en raison de la facilité avec laquelle on peut en toute saison se procurer le champignon de couche, c'est de ce champignon que je me suis servi de préférence. Le suc extrait par pression ou par macération dans l'eau, inoculé sous la peau ou dans l'abdomen d'un cobaye, rend cet animal réfractaire au venin, et l'on peut augmenter son immunité en répétant à plusieurs reprises ces inoculations. Toutefois, celles-ci ne sont pas aussi inoffensives qu'on pourrait le croire : indépendamment des infections qui, malgré tous les soins d'asepsie, sont susceptibles d'occasionner la mort, le suc de champignon de couche produit par lui-même des accidents toxiques locaux et généraux. Les accidents locaux ne se manifestent pas, si l'on a fait bouillir le liquide ; mais les accidents généraux, quoique atténués, persistent même après le chauffage. Quand aux propriétés vaccinantes, l'ébullition semble plutôt les favoriser. (*Semaine médicale*, 21 décembre).

TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR LE SUBLIMÉ

La médication mercurielle n'est utilisée dans le diabète que lorsque celui-ci est d'origine syphilitique. Or, M. le Dr A. Mayer (de New-York) a eu l'idée de s'en servir aussi dans les cas de cette même affection survenant indépendamment de toute syphilis. Partant de cette hypo-

thèse que le diabète pouvait être une maladie infectieuse, microbienne, hypothèse en faveur de laquelle semblent plaider surtout les faits bien connus de diabète dit conjugal, notre confrère a cru bon d'essayer de le combattre par l'emploi d'un agent bactéricide, tel que le sublimé.

Cette manière de voir s'est trouvée pleinement confirmée chez 11 diabétiques, que M. Mayer a traités par l'usage interne du bichlorure de mercure. En effet, chez tous ces sujets, dont plusieurs étaient atteints de diabète grave, la glycosurie a rapidement diminué sous l'influence du sublimé, après avoir souvent résisté au régime antidiabétique le plus sévère, associé à l'emploi des médicaments usuels. 6 de ces patients ne présentent actuellement plus trace de glycosurie, et les 5 autres n'éliminent que de faibles quantités de sucre. Tous ont augmenté de poids, et leur état général est excellent. Aussi M. Mayer croit-il pouvoir affirmer que le sublimé constitue un véritable spécifique contre le diabète.

Notre confrère administre ce médicament aux diabétiques immédiatement après les repas, et dissous dans une quantité suffisante d'eau, en commençant par la dose de 0 gr. 005 milligrammes, répétée trois fois par jour, et en atteignant dans l'espace d'une semaine la dose maxima de 0 gr. 01 centigramme que le malade prend également après chacun des trois principaux repas. On continue ainsi jusqu'à ce qu'on obtienne une diminution notable de la glycosurie, ce qui se produit généralement au bout de deux à trois semaines. On réduit alors progressivement la quantité de sublimé à 0 gr. 015 millligrammes par jour. De temps à autre, on suspend cette médication sans toutefois la cesser complètement, et même après la disparition de la glycosurie, on fait encore prendre

0 gr. 003 ou 0 gr. 004 milligrammes de sublimé trois fois par jour.

Il va sans dire qu'on a toujours soin d'instituer un régime antidiabétique, qui doit être rigoureux au début, si le malade ne présente pas d'acétonurie. Plus tard, au fur et à mesure que le sucre urinaire diminue, on passe graduellement à une alimentation mixte. (*Semaine médicale*, 21 décembre.)

Si l'idée de se servir du sublimé à cette dose comme bactéricide était exacte, le même médicament devrait, de la même manière, guérir la fièvre typhoïde, la tuberculose, etc., ce qui n'est pas.

ÉRUPTION BULLEUSE PRODUITE PAR LE SULFONAL.

Chez un alcoolique avéré, âgé de vingt-sept ans, M. le Dr Leick, assistant à la clinique médicale de la Faculté de médecine de Greifswald, a vu apparaître après l'ingestion de 2 grammes de sulfonal des phlyctènes disséminées sur toute la surface du corps et qui atteignaient la dimension d'une pièce de un franc ; elles contenaient une sérosité tantôt claire, tantôt sanguinolente et étaient douloureuses, surtout au niveau des mains et des pieds. Il n'y avait pas d'albuminurie ni de troubles de l'état général. Cette dermatose bulleuse, qui ne paraît pas avoir encore été signalée à la suite de l'usage du sulfonal, a guéri dans l'espace d'environ trois semaines. Elle était bien due au sulfonal, le patient ayant déjà présenté autrefois des manifestations cutanées analogues, quoique moins intenses, consécutivement à l'ingestion de ce même médicament. M. Leick estime que l'alcoolisme avait créé ici une prédisposition pour cette

dermatose médicamenteuse et il en conclut qu'il y a lieu de n'employer qu'avec circonspection le sulfonal chez les alcooliques. (*Semaine médicale*, 14 décembre.)

L'ORTHOFORME CONTRE L'ODONTALGIE.

D'après M. le Dr Hildebrandt (de Lunebourg), l'orthoforme enraye complètement les douleurs violentes dues à l'inflammation de la pulpe d'une dent cariée. Il suffit pour cela d'introduire dans la cavité résultant de la carie dentaire un peu d'ouate imbibée d'une solution alcoolique de ce médicament. Les douleurs cessent aussitôt et pour longtemps. Etant dépourvu de toute toxicité, l'orthoforme constitue dans ce cas un remède d'autant plus commode que le patient peut se l'appliquer lui-même sans inconvénient. (*Semaine médicale*. 14 décembre.)

LE TRAITEMENT DU GOITRE EXOPHTALMIQUE PAR LE SULFATE DE QUININE.

Sous l'influence du sulfate de quinine administré à faible dose, journellement et pendant longtemps, dans les cas de goître exophtalmique, on voit peu à peu diminuer les phénomènes de vaso-dilatation des vaisseaux du cou et de la tête. Les premiers troubles sur lesquels l'action du médicament se fait sentir d'une façon rapide et vraiment merveilleuse, sont : l'énervement. les cauchemars et surtout la toux sèche et quinteuse provoquée par un picotement au niveau du larynx et de la trachée. Les malades qui ont, en outre, la nuit, des accès de

suffocation, voient ce trouble diminuer et finir par disparaître.

La tachycardie est aussi un des premiers symptômes atténués par le traitement.

Peu à peu, et seulement à la longue, l'exophtalmie diminue; puis le goître, lui aussi, diminue et peut même disparaître si l'affection est récente.

On administre le sulfate de quinine chez les basedowiens, à la dose de 1 gramme, pris au repas du soir, en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle. Il va sans dire que, suivant les indications, le médecin peut augmenter ou diminuer la dose.

(Parlesco, *journal de Médecine interne,* 15 décembre 1898.)

BIBLIOGRAPHIE

MANUEL DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE POUR LES MÉDICAMENTS HOMŒOPATHIQUES PEU USITÉS.

Le Dr Hansen (de Copenhague) vient de publier sous ce titre (1) un volume de 120 pages qui nous donne des renseignements très utiles sur un grand nombre de médicaments peu employés, probablement parce qu'ils sont peu connus.

Voici la traduction de quelques-uns de ces médicaments, ce qui donnera un aperçu de la valeur du livre.

CALCAREA FLUORICA

Thérapeutique.

Un des remèdes des tissus de Schüssler. D'après sa théorie, il produit le relâchement des fibres élastiques et est recommandé dans les maladies suivantes : cataracte, même sénile ; dilatation des vaisseaux, veines variqueuses et dilatées, avec douleurs aiguës, même à la vulve ; hémorrhoïdes ; ulcères provenant des veines variqueuses ; tumeurs vasculaires; céphalœmatomes; règles excessives avec douleurs d'accouchement. Déplacements et prolapsus de l'utérus, douleurs de traction dans la région utérine et les cuisses ; synovites chroniques des genoux ; panaris. *Lumbago augmentant au premier mouvement, diminuant par un mouvement prolongé (rhus tox)*, même à

(1) A Text-Book of materia medica and therapeutics of rares homœopathics remedies, publié à Londres par *The homœopathic publishing Company*, 12 Warwick Lane, 1 vol. in-8, de 4 shillings (5 francs).

la suite d'un effort. Croûtes dures dans les paumes des mains, avec ou sans fissures ; ganglions tendineux. Mauvaise nutrition des os, principalement des dents. Exostoses après traumatisme. Périostite chronique. Elévations dures et rugueuses sur les os. Caries conduisant à la formation d'abcès pelvien ; caries comme de la syphilis ou de l'abus du mercure, spécialement du nez. Tumeurs osseuses. Induration des testicules. Nodosités et masses dures dans les seins. Tumeurs glandulaires très dures, de consistance pierreuse. Fistule dentaire (dans ces deux dernières affections, il est souvent employé avec bons résultats par le Dr Siemsen, de Copenhague).

SINAPIS NIGRA

Symptômes caracteristiques.

La narine gauche est complètement bouchée tout le jour ou l'après-midi et le soir (Lycopode. narine droite), écoulement acide peu abondant de la partie antérieure des narines.

Thérapeutique.

Fièvre des foins : la membrane muqueuse du nez est sèche et chaude; aucun écoulement. Symptômes plus marqués l'après-midi et le soir. Coryza aigu avec écoulement peu abondant, liquide, excoriant ; larmoiement ; éternuements ; toux écorchante, diminuée par le décubitus. Pharyngite aiguë, sensation comme s'il s'était échaudé, brûlure. Toux retentissante, avec expiration aboyante, entendue à grande distance.

Dr MARC JOUSSET.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

MARS 1899

ECOLE FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE

TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE DES MALADIES DE LA PEAU

Conférence faite à la Mairie du VI[e] arrondissement par le D[r] Tessier.

Messieurs,

Je n'ai pas la prétention, dans le peu de temps dont je dispose, de vouloir passer en revue les moyens que nous mettons en usage pour traiter les affections cutanées. Leur nombre, leur importance, la hiérarchie dans laquelle ils doivent être employés, tout cela demanderait une série de conférences qui dépasserait de beaucoup notre programme. Je m'efforcerai donc simplement de vous exposer et de vous faire admettre par des faits consciencieument observés, l'utilité et l'efficacité du traitement homœopathique, combiné d'ailleurs avec le traitement externe et le traitement hydro-minéral, dans la cure des dermatoses. Vous verrez que ce traitement, tantôt à lui seul, tantôt avec l'aide des autres modificateurs, arrive à la guérison prompte, rapide, durable, de maladies souvent tenaces, fréquemment rebelles, et presque toujours fort désa-

gréables, sinon par leur gravité, du moins par leur objectivité disgracieuse et difficile à dissimuler.

La dermatologie comme science positive, ne remonte pas au delà de la fin du XVIIIe siècle, mais on peut affirmer que c'est surtout dans les trente années qui viennent de s'écouler que ses progrès se sont fait le plus manifestement sentir, sous l'influence des recherches expérimentales et microscopiques, réalisées dans l'anatomie et la physiologie de la peau, ainsi que dans son histologie pathologique.

A la vérité, le sol était préparé depuis longtemps, et si les moments ne nous étaient pas comptés, je pourrais vous rappeler que déjà l'ancien Testament et particulièrement le Lévitique différencie certaines affections de la peau, des cheveux et des poils, les unes comme bénignes et non transmissibles, d'autres comme contagieuses, telles que le *zaraath*, que la plupart des dermatologistes, à l'exception de Kaposi, supposent être la lèpre, d'après les caractères de la description sacrée. Plus tard, la Grèce, au temps d'Hippocrate, le contemporain de Socrate et de Platon, nous donne une nomenclature, dans laquelle nous retrouvons l'origine des expreseions modernes le plus généralement employées encore par les médecins et les gens du monde. Est-il besoin de vous rappeler εξανθηματα venant d'ανθος fleur, εξανθειν fleurir, les fleurs de la peau, dans le langage poétique et idéalisé des enfants de l'Hellade. Ne nous ont-ils pas transmis également φλυκταίναί, ερπῆς, εφηλίδες, etc., dans lesquels, sans aucune prétention à la connaissance approfondie de la langue grecque, chacun retrouve phlyctène, herpès et éphélides.

D'Hippocrate à Celse et à Galien, les progrès sont peu marqués, et il faut arriver aux écrivains arabes à Rhazès,

à Sérapion, à Haly-Abbas, pour voir progresser d'une manière remarquable les connaissances dermatologiques. C'est à eux en effet, qu'on doit la description de la rougeole de la variole et du *favus* de la tête sous le nom de *tinea* encore usité aujourd'hui. Enfin Avenzoar parle de la gale vraie, avec mention de l'insecte qui lui est propre. Cette notion reste lettre morte pendant des siècles, et ce n'est qu'en 1834 que Renucci et Albin Gras, élèves de l'hopital Saint-Louis, font définitivement rentrer la gale dans le cadre des maladies parasitaires. Bazin leur prêta l'appui de sa science et de son autorité, et c'est ainsi que l'Ecole française peut revendiquer avec orgueil cette grande découverte qui fut une révolution en dermatologie. Vous trouverez peut-être Messieurs, que je m'éloigne beaucoup du sujet de cette conférence. Il n'en est rien, car cette question de la gale me force à me séparer en pathologie de notre maître Hahnemann. A celà du reste, quoi d'étonnant ! Hahnemann vivait au siècle dernier, il admettait les doctrines pathologiques de son époque. Or, au XVIII[e] siècle, beaucoup de nosographes et de cliniciens considéraient la gale et ses éruptions polymorphes et atypiques, comme les manifestations cutanées d'une maladie constitutionnelle. Sous le nom de *psore*, il en avait décrit les méfaits nombreux, et avec le *syphilis* et la *sycose* il en avait fait le trépied des maladies chroniques. Toutes ces descriptions on fait leur temps; les découvertes modernes dues au microscope ont bouleversé cet édifice de l'antique pathologie, et mon seul regret est de voir que quelques confrères, dont j'aime et j'estime d'ailleurs la science et le caractère, défendent encore par respect exagéré du maître des enseignements qui n'ont plus aucune valeur aujourd'hui.

En thérapeutique même, je dois vous faire dès maintenant ma profession de foi d'éclectisme. Je ne saurais admettre que dans une question aussi complexe, aussi difficile que le traitement des maladies en général, et des affections de la peau en particulier, on veuille se cantonner dans l'emploi exclusif d'une seule médication. Vous savez tous de quelle utilité, par exemple est la médication thermale, et quels services elle rend aux malades atteints d'affections cutanées aiguës ou chroniques. Les eaux de la Bourboule, de Saint-Gervais, d'Uriage, de Royat, de Sail-les-Bains et bien d'autres encore, guérissent ou améliorent chaque année des milliers de personnes, et bien aveugles seraient ceux qui refuseraient d'admettre cette action remarquable des eaux minérales, qu'une pratique plusieurs fois séculaire à définitivement démontrée.

Mais si je cherche à m'entourer de toutes les ressources de la thérapeutique, je dois reconnaître que c'est dans la médication homœopathique que je les trouve en plus grand nombre, et plus particulièrement efficaces, surtout en les combinant avec le traitement externe qui, pour beaucoup de médecins, et nondes moins autorisés, passe pour être le seul indiqué en dermatothérapie.

Un mot encore, Messieurs, avant d'aborder l'étude thérapeutique des dermatoses.

Suivrons-nous dans cette étude la classification de Willan et de Bateman, qui divisait les affections du revêtement cutané en neuf ordres bien connus : 1° Papules 2° Squames; 3° Exanthêmes; 4° Bulles; 5° Pustules; 6° Vésicules ; 7° Tubercules ; 8° Macules ; 9° Excroissances ? Disons en passant que cette classification purement anatomique et objective, qui fait la gloire des deux médecins

anglais, leur avait été inspirée par celle de Lorry et Plenck l'un Français, l'autre Allemand, de sorte qu'il serait injuste de rapporter à l'école anglaise le mérite entier de cette classification. Adopterons-nous plutot la classification d'Hebra, qui divisa les dermatoses en douze classes, correspondant aux altérations principales que Rokitanski avait prises pour bases de la pathologie des tissus en général?

1re classe. Hyperémies cutanées;
2e — Anémies cutanées;
3e — Anomalies de sécrétion des glandes de la peau,
4e — Exsudations;
5e — Hémorrhagies de la peau;
6e — Hypertrophies;
7e — Atrophies;
8e — Néoplasmes;
9e — Pseudoplasmes;
10e — Ulcérations;
11e — Névroses;
12e — Dermatoses parasitaires.

Cette classification, incontestablement scientifique, se prête plus à l'étude pathologique et clinique des maladies qu'à l'exposé de leur traitement; aussi prendrons-nous plutôt pour guide les divisions de Willan, tout en reconnaissant qu'en dehors de l'élément anatomique, il faut tenir compte du lien qui peut exister entre un état local et une maladie générale. Refuser, comme dit Besnier, d'admettre le rapport sous prétexte qu'il est incompréhensible ne saurait se légitimer. Comment et de quelle manière la goutte ou le diabète produisent certaines lésions de la peau, nous ne le comprenons pas toujours; cependant comme nous savons, à n'en pas douter, qu'ils ont

bien réellement provoqué ces lésions, nous proclamons le rapport, au grand bénéfice de la nosologie générale et de la thérapeutique spéciale.

La pathologie cutanée ne peut, sans usurper, s'étendre à tous les états pathologiques qui ont des manisfestations à la peau, ou qui peuvent en avoir. Ainsi les fièvres éruptives devraient être éliminées de notre étude, pourtant je compte vous dire un mot de leur traitement, parce qu'elles se rapportent, au moins dans leur objectivité, à notre sujet. A plus forte raison, devrons-nous parler des maladies spécifiques qui s'inscrivent à la peau en caractères assez individualisés pour s'imposer à la dermatologie proprement dite: syphilis, scrofule, tuberculose, lèpre, etc. J'en dirai autant des maladies générales ou états constitutionnels dont la peau subit l'action certaine : lymphatisme, goutte, rhumatisme. Enfin les toxémies telles que l'urémie, la cholémie, la glycémie et beaucoup d'autres que nous ne pourrons même pas effleurer, mais que je devais vous rappeler en passant. Signalons toutefois, en dernier lieu, la dilatation de l'estomac qui produit les affections cutanées les plus diverses, mais surtout des variétés nombreuses d'acnés, de l'urticaire chronique, du prurit, de l'eczéma et des érythemes polymorphes ou des érythrodermies rubéoliformes et scarlatiniformes. Et maintenant, Messieurs, rentrons dans la partie pratique de notre sujet, en commençant par l'étude rapide des fièvres éruptives, après quoi nous passerons en revue les affections vésiculeuses dont le type est l'eczéma, puis si le temps nous le permet, nous dirons un mot du traitement des affections érythémateuses, papuleuses et squameuses.

Rougeole. — Je commence par la rougeole qui est la

plus fréquente et la plus répandue des affections de l'enfance. Au point de vue nosologique, elle rentre dans le cadre des fièvres continues éruptives. En dermatologie c'est un exanthème aigu, une dermatose exsudative aiguë, contagieuse, suivant la définition du professeur Kaposi. Décrite pour la première fois d'une façon sérieuse et approfondie par Sydenham et Morton, ses symptômes les plus essentiels sont l'exanthème, la fièvre et le catarrhe de la muqueuse des premières voies respiratoires. Après une incubation de huit à vingt et un jours, prouvée par des observations répétées ainsi que par l'inoculation à des sujets sains au moyen de larmes ou de produits de la sécrétion nasale de sujets atteints de rougeole, on voit survenir une période prodromique, que vous connaissez tous, puis après trois à cinq jours apparaît l'exanthème caractéristique. Cet exanthème se montre sous forme de taches de la grandeur de l'ongle, d'un rouge vif, plates ou légèrement élevées, pâlissant sous la pression du doigt ; ou bien ce sont de petites papules fines, rouges, correspondant aux orifices des follicules ; ces efflorescences ressemblent aux efflorescences primaires de la variole, et j'ai vu quelquefois des médecins hésiter pendant quelques heures sur le diagnostic de l'éruption. C'est surtout chez des adultes que le doute pourra s'expliquer, alors surtout que le catarrhe laryngo-trachéal n'existe pas. La peau est quelquefois pruriteuse, et l'éruption, après une durée de trois quatre ou cinq jours, disparaît pour faire place à une desquamation ressemblant à du son, et qui se produit surtout aux parties découvertes telle que la figure, le cou, les mains. Cette desquamation peut durer quinze jours.

Le principal médicament de la rougeole est *l'aconit.* Outre son action clinique indiscutable, ses symptômes

pathogénétiques confirment sa valeur. Nous y trouvons en effet *la formication à la peau, avec prurit et desquamation. Taches semblables anx piqûres de puces aux mains et à la figure. Petit boutons rouges et larges avec prurit brûlant.* Vous voyez, d'après ces phénomènes observés chez des personnes ayantpris de l'*aconit* soit à dose expérimentale, soit à dose toxique, que la pathogénésie justifie l'usage du médicament administré suivant la règle hahnemanienne. J'ajouterai que, dans beaucoup de cas, ce médicament fera tous les frais de la cure, à moins que des complications pulmonaires, intestinales ou cérébrales, que je ne dois pas aborder ici, ne nécessitent l'emploi de remèdes plus appropriés. Permettez-moi de vous dire, en passant, que dans notre pratique hospitalière à l'hôpital Saint-Jacques, nous avons eu près des trois cent cas de rougeole à soigner sans un seul décès, alors qu'à l'hôpital des Enfants et à l'hôpital Trousseau, la mortalité est de 20 à 30 pour 100 dans cette maladie.

Un certain nombre de médecins homœopathes préfèrent la *pulsatille* à l'*aconit* et je m'empresse de vous dire que rien ne me paraît justifier une opposition à cette manière de traiter la rougeole. Au point de vue de l'exanthème, point de vue restreint je l'avoue, mais où je dois me cantonner, la *pulsatille* a produit des *taches rouges comme des morbilles, du prurit souvent brûlant ou picotant. Rougeurs fréquentes du tégument*. Les anciens hœomopathes prescrivaient surtout la pulsatille, et je n'oublie pas qu'un de nos confrères les plus judicieux, le Dr Turrel, de Toulon, mort il y a une dizaine d'années, me disait avoir dû à la *pulsatille* des guérisons d'enfants atteints de rougeole, auprès desquels il avait été appelé comme il nous arrive malheureusement trop souvent, lorsque le malade

est considéré comme perdu. Malgré ces conditions déplorables, il avait pu guérir les cas qu'on lui avait confiés en désespoir de cause. Il est peu d'entre nous qui ne pourraient citer des exemples analogues, mais je n'insiste pas, n'ayant nullement l'intention de vous faire notre panégyrique.

Scarlatine. — La seconde fièvre éruptive dont je dois vous dire quelques mots c'est la scarlatine. Tout le monde sait qu'Hahnemann a préconisé la belladone comme remède préventif et curatif de cette maladie souvent si grave, soit dans sa période d'activité, soit dans ses suites plus ou moins éloignées. La belladone produit chez un très grand nombre d'expérimentateurs volontaires ou involontaires, un *gonflement avec chaleur et rougeur écarlate de tout le corps ou seulement de plusieurs parties du corps*. L'éruption ressemble à s'y méprendre à celle de la scarlatine et justifie l'emploi qu'en font les homœopathes. Si j'ajoute en passant que la belladone augmente la fréquence des battements du cœur, qu'elle produit un gonflement des glandes, de la rougeur et de la sécheresse de la gorge, des urines rares et colorées, on verra que ses symptômes se superposent avec la plus grande homœopathicité aux symptômes de la scarlatine. Mais elle n'est pas le seul remède que nous opposons à la fièvre rouge.

Le venin d'abeille, *apis mellifica*, dans notre nomenclature latine, a été recommandé par le D[r] Nankiwell. Il fut conduit à l'employer par cette remarque qu'un individu ayant été piqué au bras par une abeille, vit l'îlot de peau rester blanc au milieu de la rougeur environnante, pendant le cours d'une scarlatine qu'il avait contractée peu de temps après son accident. Ce qu'il y a de certain, c'est

qu'*apis* jouit d'une réputation satisfaisante, dans le traitement de la scarlatine, sans toutefois être aussi employé que la *belladone*. *Ailanthus glandulosa* et *arum triphyllum*, ont été très recommandés par les homœopathes anglais et américains, dans les cas de scarlatine maligne. Je les ai administrés à l'hôpital Saint-Jacques, où tous les ans nous avons un assez grand nombre de scarlatines à soigner, et je dois dire que je n'ai pas observé une action bien manifeste de leur emploi. Je n'en dirai pas autant de l'*arsenic* qui est le plus grand remède de la malignité et auquel je dois personnellement la vie. Atteint d'une scarlatine des plus graves, j'étais resté plusieurs jours entre la vie et la mort, et c'est à partir des premières doses d'arsenic, que l'amélioration commença à se manifester. L'arsenic vous rendra des services inappréciables lorsque vous aurez à combattre la malignité et l'adynamie, non seulement dans la scarlatine, mais dans la pneumonie, la fièvre typhoïde, le choléra, les entérites graves, les néphrites. En un mot, c'est l'un de nos meilleurs polychristes.

Je laisse volontairement de côté le traitement des complications et des suites de la scarlatine, qui n'ont rien de commun avec la dermatologie, et j'aborde enfin les véritables dermatoses.

Eczéma. — S'il est une affection de la peau remarquable par son importance, sa fréquence, affection pour laquelle vous êtes consultés chaque jour, c'est incontestablement l'eczéma. Nous le définirons « une maladie superficielle de la peau, à marche fréquemment aiguë, mais cependant le plus souvent chronique, présentant soit simultanément soit successivement de la rougeur, des vésicules, une sécrétion séreuse ou séro-purulente, poisseuse, suscep-

tibles de se concréter pour former des croûtes, et finalement une exfoliation épidermique qui se renouvelle à plusieurs reprises avant de disparaître définitivement. »

Avec Brocq nous éliminons de l'eczéma l'*impétigo*, affection à microbe spécial, et nettement autonome, ainsi que l'eczéma séborrhéique circiné du devant de la poitrine et du cuir chevelu, causé souvent par le contact de la flanelle, et qu'un traitement local suffit toujours à faire disparaître.

Quant aux lésions cutanées d'apparence eczémateuse causées par des irritants divers, lésions que Bazin classe dans ses eczémas de cause externe et que Kaposi fait rentrer aussi dans la description de cette dermatose, prétendant qu'on est toujours à même de déterminer sur un point quelconque de la peau, et sur le premier individu venu, toutes les variétés de l'eczéma, avec leur polymorphisme et leurs transitions, nous les rejetons dans la classe des dermites traumatiques. On ne doit jamais confondre l'agent provocateur, la *lésion* artificielle initiale, avec la *maladie* que pourra réaliser, à sa suite, l'organisme individuel, mais qu'il ne réalisera et qu'il ne renouvellera que le moins *ordinairement*, et dans des conditions déterminées.

Pratiquement, il faut décrire deux formes : l'eczéma aigu et l'eczéma chronique.

A. *Eczéma aigu.* — Habituellement sans prodrome, l'eczéma aigu, lorsqu'il doit envahir une surface importante du tégument externe peut être précédé d'anoréxie, de malaise, de fièvre légère, avec sensation de prurit, de chaleur et de tension, vers les régions qui vont être prises. Mais qu'il y ait eu ou non des prodromes, on peut diviser son évolution en quatre périodes successives.

La première période ou période de vésiculation se

manifeste par une rougeur érythémateuse des tissus, qui se tuméfient dans les régions où la peau est lâche comme au pénis, au scrotum, aux paupières. Sur cette base rouge, apparaissent des vésicules toutes petites, miliaires, très nombreuses et groupées les unes à côté des autres. Elles renferment une sérosité alcaline, transparente, légèrement jaunâtre, poisseuse, empesant le linge et qui a tous les caractères du sérum du sang.

Dans une seconde période qui se confond presque avec la première, les vésicules se rompent soit spontanément soit à la suite de grattages, et alors la surface eczémateuse devient rouge, humide, suintante. La sérosité se dessèche, se concrète en petites croûtes variables de coloration et de forme le plus souvent d'un jaune grisâtre, plus ou moins adhérentes, qui tombent et se reforment.

Puis dans la troisième période, le suintement cesse, les croûtes ne se forment plus et disparaissent : il reste alors une surface rouge toute piquetée de petits points arrondis plus foncés, lisse, luisante, vernissée, recouverte d'un épiderme extrêmement mince, transparent et caduc.

Enfin dans la quatrième période, cet épiderme nouveau se flétrit ; il se ride, devient craquelé, puis se détache en squames d'épaisseur, de forme et de volume variables ; il est remplacé par un épiderme nouveau, qui s'exfolie à son tour en lamelles de plus en plus fines, à mesure que le derme reprend peu à peu sa coloration habituelle, jusqu'à ce qu'enfin le retour à l'état normal soit enfin obtenu.

Il m'est impossible de vous décrire toutes les variétés de l'eczéma, car nous devons nous souvenir que c'est une conférence de thérapeutique à laquelle vous êtes conviés ; aussi, après vous avoir rappelé d'une façon très abrégée et pour ainsi dire schématique, ce qu'était l'eczéma dans ses grandes lignes, j'aborde de suite son traitement.

Les premiers homœopathes ne nous ont pas donné des indications bien précises, et Hartmann, dans sa thérapeutique des maladies aiguës et chroniques, qui renferme pourtant de si précieux renseignements, dit qu'il n'est pas bien fixé sur l'usage des remèdes appropriés à cet exanthème. Pourtant, il signalait déjà l'emploi de l'*arsenic*, de la *cantharide*, du *soufre*, qui sont des médicaments d'un emploi justifié dans l'eczéma.

Le premier que je vous signalerai, en suivant l'ordre alphabétique, le seul rationnel, c'est l'*anacardium orientale*, ou noix d'acajou. Son application sur la peau fait apparaître une éruption érythémateuse. Lorsque cette application se prolonge, il se forme des vésicules avec démangeaison brûlante, gonflement, le tout se terminant par desquamation. Le Dr Wesener a publié, dans les *Archives allemandes d'homœopathie*, l'observation d'une femme qui, s'étant appliqué sur la tempe une tranche du fruit de l'*anacardium orientale* pour soulager une migraine, détermina ainsi un eczéma généralisé, intense surtout à la tête et à la face. Jahr ne signale parmi les symptômes pathogénétiques de la peau, qu'un *prurit brûlant aggravé par le grattage*. Je crois que ce remède est peu employé, mais sa pathogénésie en justifierait l'emploi.

Arnica. — L'arnica est un des médicaments qui ont le plus d'action sur la peau. Soit qu'on l'applique à l'extérieur, soit qu'on en prenne à l'intérieur, il se produit des éruptions le plus souvent érythémateuses ou érysipélateuses, mais quelquefois aussi nettement eczémateuses. Il n'y a pas plus d'un an que j'ai soigné une dame atteinte d'un eczéma rubrum généralisé, dû à des applications de *teinture d'arnica* sur le tronc, à la suite d'une chute. Richard Hughes a vu une éruption consistant en nombreuses petites

vésicules à base érythémateuse, s'accompagnant de beaucoup de chaleur et de démangeaison, produite par l'usage de la première dilution d'arnica. Imbert Gourbeyre relate dans l'*Art médical* le cas d'un capitaine d'état-major auquel il donna ses soins pour une éruption eczématoïde à petites vésicules serrées, survenue à la suite de l'application de compresses d'arnica. Du reste, les observations analogues sont très nombreuses. L'*arnica* devra donc être présent à votre mémoire, comme un des remèdes sur lesquels vous pourrez compter dans le traitement de l'eczéma ; j'ajouterai que c'est un remède dont j'ai eu bien souvent à me louer, et la clinique a confirmé ce que la pathologie et la toxicologie laissaient pressentir.

Arsenic. — Toutes les écoles s'accordent pour reconnaître l'influence de l'arsenic sur le tégument externe. Prescrit à tort et à travers, l'abus qu'on a fait du puissant médicament ne saurait en infirmer la valeur, et c'est à sa présence que l'eau de la Bourboule doit les cures si remarquables d'eczéma, qui en font l'une des stations les plus justement renommées. Rappelez-vous pourtant que ce remède à ses indications formelles, et que c'est dans les cas où la peau est *sèche, écailleuse, douloureuse, pruriante* et *brûlante*, c'est-à-dire, dans l'espèce, à la dernière période de l'eczéma, que vous en obtiendrez des résultats rapides et complets. L'exacerbation nocturne des symptômes, et un mouvement fébrile accompagné d'agitation et de soif, motiveront encore davantage son emploi. Les dilutions les plus élevées, la 12e et la 30e, me paraissent les plus efficaces, sans vouloir nier l'action de la liqueur de Fowler.

Acide benzoïque. — En passant et sans m'y arrêter, je vous signalerai l'*acide benzoïque*, et tout particulièrement le *benzoate de soude*, que le Dr Ozanam prescrivait souvent

dans l'eczéma et auquel il a dû, à ma connaissance, des succès incontestables. La pathogénésie de ce remède est pauvre en symptômes cutanés, aussi n'est-il pas usité, ses indications étant quelque peu empiriques.

Bovista. — Un mot seulement sur ce remède, qu'on emploie fort peu, si ce n'est dans l'eczéma du dos des mains. Frédault l'a recommandé, et à sa suite Guérin-Mèneville et Gonnard. Ces médecins ont publié un assez grand nombre d'observations qui en justifient l'usage. Ils en ont trouvé l'indication dans la *matière médicale pure* de Roth, où les symptômes cutanés de *bovista* sont soigneusement décrits. On y voit une action élective bien manifeste de cette substance sur la peau de l'avant-bras et de la main, où des lésions eczémateuses sont produites par son usage. Cazin signale les mêmes résultats dans son Traité des plantes indigènes. Roth signale deux cas de guérison, l'un par la 15e dilution, et l'autre par la 9e.

Cantharis. — La cantharide est un médicament de l'eczéma dans ses premières périodes. Son action vésicante est connue de tout le monde, et son homœopathicité à l'eczéma ne saurait être contestée. De nombreuses observations en ont attesté la valeur, et je l'ai souvent prescrite, alternée avec le *Chloral*, dans les périodes inflammatoires et suintantes de l'eczéma. J'ai donné la 1re dilution ainsi que la 1e dilution de chloral. Le Dr Jousset père a publié des observations d'eczéma, où une guérison rapide a suivi l'emploi de ce remède.

Chloral. — C'est surtout contre l'élément pruriteux de l'eczéma que le chloral est indiqué. Vous savez que l'usage prolongé de cette drogue produit des troubles vasomoteurs, des rougeurs et du boursouflement de la peau, du prurit, des éruptions urticariennes. C'est donc plutôt

dans le traitement de l'urticaire que nous devrons en signaler l'emploi, mais comme adjuvant, il m'a rendu des services assez marqués pour que je ne le passe pas complètement sous silence à propos de l'eczéma.

L'*euphorbe et le croton* sont des substances exanthématogènes, et leurs exanthèmes se rapprochent de l'élément eczémateux. Je dois donc vous les signaler, et vous dire que leur usage a été quelquefois couronné de succès, surtout lorsque le prurit était intense. Richard Hughes prétend même que le soulagement des démangeaisons par l'emploi de *croton* est tout à fait remarquable. Mon expérience militerait plutôt en faveur d'*euphorbium*, que j'ai donné surtout à la 3e dilution.

Le *graphytes* ou plombagine mérite de nous arrêter un instant. Sa pathogénésie renferme un assez grand nombre de symptômes cutanés. Il a produit en effet chez les expérimentateurs des *dartres et autres éruptions humides ou croûteuses, parfois avec sécrétion de sérosité corrosive, et démangeaison le soir ou la nuit. La peau s'excorie facilement, surtout chez les enfants. Peau maladive, toute lésion tend à s'ulcérer.* Je vous signale une action élective sur les ongles. J'ai guéri avec son usage un eczéma du dos des mains, vulgairement appelé gale des épiciers, autrement dit un eczéma professionnel. Bahr a publié trois cas de cure radicale de mentagre ou eczéma de la barbe par son usage. Roth, dans sa clinique, relate plusieurs observations d'eczémas guéris par ce médicament. Des troubles digestifs et la constipation seront des indications précieuses pour motiver son emploi. J'ajouterai que conjointement avec l'usage interne de la 12e *et de la* 30e *dilution*, je me suis bien trouvé de pommades contenant 50 *centigrammes de la* 1re *trituration* de graphytes, pour 15 *grammes* de vaseline.

Hydrocotyle asiatica a été recommandé par le Dr Audouit, qui en a publié une pathogénésie dans le *Journal de la Société gallicane de médecine homœopathique* en 1857. Je n'ai pas eu l'occasion de prescrire ce remède, et si je vous en parle, c'est que Cazenave et Devergie l'expérimentèrent à l'hôpital Saint-Louis, sur les instances du Dr Audouit, et en vantèrent les vertus curatives dans les affections vésiculeuses chroniques et pruriteuses, en particulier l'eczéma. Cazenave signale son efficacité dans l'eczéma pruriteux du scrotum, de la vulve et de l'anus. Or, vous savez combien cette localisation est douloureuse, tenace et rebelle. Il faudra donc l'essayer en pareil cas, sans préjudice des applications locales d'eau boriquée chaude, d'eau chloratée, et de décoction de café vert. Ce topique m'a été inspiré par la remarque de Brown-Séquard, qui a observé plusieurs fois que l'usage du café causait et aggravait particulièrement l'eczéma de ces régions. Il m'a semblé que l'emploi homœopathique de cette substance confirmait la remarque de l'illustre savant.

Nous arrivons à l'un des remèdes les plus employés dans les affections de la peau. Le *mercure* a fait la fortune de tous les fabricants de pommades *roses*, *blanches* ou *jaunes*, toutes à base d'oxyde de mercure ou de calomel. A l'intérieur, il a été prescrit par les médecins des deux écoles, et si maintenant la plupart des médecins ne s'en servent plus que contre les dermatoses syphilitiques, les disciples de Hahnemann, par contre, lui réservent une place importante dans la cure des dermatoses. Comment pourrait-il en être autrement, quand on sait que le mercure est un puissant exanthématogène. Et dans le cas qui nous occupe en ce moment, nous savons que l'eczéma mercuriel est une suite fréquente de l'application d'on-

guent hydrargyrique sur la peau. La pathogénésie du mercure indique de *petits boutons très prurileux, qui s'ulcèrent et se couvrent d'une croûte. Taches dartreuses, excoriées, suintantes* ou *sèches, pruriteuses et farineuses. Desquamation de la peau.* Hahnemann, le premier, en recommande l'usage dans les affections cutanées, mais sans distinguer absolument à quelles sortes d'affections il est le plus homœopathique. Mais un grand nombre de ses disciples en ont formulé les indications, et l'un d'entre eux, le Dr Rigaud de Pons, qui pratiqua l'homœopathie pendant plus de quarante ans, vint à la Société homœopathique de France en 1882, pour communiquer les résultats qu'il avait obtenus dans le traitement de l'eczéma, dont il avait guéri une centaine de cas avec *sulfur* et *mercure,* ce dernier administré à la 3e *dilution.*

Si le mercure est un puissant remède de l'eczéma, le *Mezereum* rivalise avec lui et même le surpasse. Le Dr Cramoisy, qui jouissait d'une compétence justifiée en dermatologie, prétendait avoir guéri deux cents cas d'eczéma avec ce seul médicament, dont il faisait en quelque sorte le spécifique de l'eczéma. Faisant la part de l'exagération à laquelle peu de thérapeutes savent échapper, je dois dire que ce médicament est très efficace dans l'eczéma. Sa pathogénésie, que vous trouverez dans le second volume de l'*Art médical,* renferme de nombreux symptômes cutanés et le Dr Bahr, un des plus illustres homœopathes anglais, considère le *Mezereum* comme le meilleur médicament de l'eczéma.

Rhus. — Deux variétés du sumac, le rhus toxicodendron et le *rhus vernix,* occupent une place importante dans le traitement de la maladie qui nous occupe.

Rhus toxicodendron est employé journellement par l'uni-

versalité des médecins homœopathes de tous les pays, et cette unanimité vous prouve quelle confiance vous pouvez avoir dans ce remède. Nos journaux et nos traités sont remplis d'observations qui témoignent en faveur de son action. Je n'ai pas le temps de vous les analyser, mais il vous sera facile de contrôler mon assertion. Quant au *rhus vernix* il a été chaudement recommandé par le Dr Cretin, un des maîtres de l'homœopathie française. Ce savant et regretté confrère a publié, dans le *Bulletin de la Société médicale homœopathique*, une monographie très complète sur ce médicament, avec un luxe d'observations qui ne laissent aucun doute sur sa valeur curative. Après lui, de nombreux médecins ont confirmé l'action favorable du *rhus vernix*, qu'il donnait surtout en teinture-mère, mais dont les dilutions paraissent aussi jouir d'une véritable efficacité. Le Dr Marc Jousset et moi-même avons obtenu des résultats favorables en joignant l'application externe du remède à son administration à l'intérieur.

Sulfur. — Enfin, j'arrive au soufre, qui dans tous les temps et dans toutes les écoles, a joui d'une réputation indiscutée dans le traitement des maladies de la peau. C'est, du reste, l'antiphlogistique par excellence des inflammations chroniques. Uriage, Saint-Gervais, Luchon, confirment la valeur du soufre dans l'eczéma. Mais il faut bien savoir que ce remède, appliqué à doses trop fortes, ou d'une façon trop prolongée, peut causer des aggravations fâcheuses. Aussi, beaucoup de médecins en négligent-ils l'usage, faute de savoir en modérer l'application.

Messieurs, je ne vous ai signalé que les principaux médicaments employés en homœopathie, dans le traitement de l'eczéma. Si j'avais eu plus de loisir, j'aurais pu facile-

ment en allonger la liste, mais le temps presse, et d'ailleurs ces remèdes n'ont pas encore une pathogénésie suffisante pour en légitimer leur emploi suivant la méthode hahnemanienne. Leur usage est jusqu'à présent quelque peu empirique, et s'il est justifié, comme je le trouve, c'est plutôt par des succès cliniques que par des indications tirées de la loi de similitude. Je mentionnerai le *silicate de soude soluble* auquel les Drs Cretin et Ozanam ont dû d'assez nombreuses cures ; l'*acide salicylique*, que j'ai employé avec succès ; le *bromure de potassium*, les *iodures alcalins*, l'*antipyrine*. Il en est un pourtant dont je tiens à vous dire quelques mots, car son usage vous est familier, du moins en chirurgie, et vous pourrez y recourir avec avantage, c'est l'*acide phénique* ou *carbolique*. Un professeur de Lyon, le Dr Augagneur l'a recommandé dans des articles parus en 1888 dans la *Province médicale* et dans la *Gazette des Hôpitaux*, mais ignorant ou dédaignant la méthode homœopathique, il avoue que son mode d'action *reste inconnu et complètement inexplicable*.

« L'on sait, dit-il, combien l'application externe d'acide phénique donne souvent lieu à l'apparition d'eczéma, d'abord local puis bientôt généralisé. C'est au point que certains chirurgiens, et des meilleurs, ont dû complètement renoncer à l'emploi de cet agent si merveilleux. *Par quel mécanisme l'absorption d'acide phénique par la voie digestive produit-elle un résultat absolument opposé?* »

Ce résultat est pour nous tout naturel, car la loi homœopathique nous explique parfaitement ce mécanisme si obscur pour l'honorable chirurgien de Lyon. C'est le même principe qui explique l'action curative de la *cantharide* sur

le rein et la vessie ; l'action du *sublimé corrosif* dans la dysenterie ; de l'*ipéca* dans l'asthme ; de la *rue*, de la *sabine* dans les métrorrhagies ; de la *belladonne* dans l'angine ; de la *digitale* dans l'asystolie ; en un mot c'est le principe du *similia similibus* indiqué par Hippocrate, Boerhaave, Stahl, Paracelse, mais scientifiquement établi par Hahnemann, dans sa matière médicale pure.

Qu'est-ce donc qui avait pu déterminer le Dr Augagneur à employer l'acide phénique dans l'eczéma alors que ses doctrines l'auraient plutôt éloigné d'en prescrire l'usage. C'est la cure d'un eczéma généralisé occupant toute la surface du corps chez une femme de 63 ans. Cette affection datait de douze années, et la malade avait fréquenté divers services hospitaliers où elle avait été considérée comme incurable. Après avoir été guérie par le Dr Imbert de la Touche, au moyen de l'acide phénique, à dose homœopathique, elle se donna le malin plaisir d'aller faire constater sa guérison dans les services des médecins qui l'avaient jugés incurable. Or le fait se passait en 1886, et deux ans après le Dr Augagneur, recommandait d'une façon dithyrambique et exagérée. à mon avis, l'emploi de l'acide phénique dans le *prurigo* et l'eczéma.

Le Dr Noack, de Lyon, guérit aussi un cas d'eczéma hypertrophique avec renversement de la lèvre inférieure, ce qui donnait au visage du patient un aspect des plus difformes. L'acide phénique à la troisième trituration, c'est-à-dire au un-millionième, fit disparaître complètement cette véritable infirmité, au grand étonnement du malade qui avait abandonné presque tout espoir de guérison.

Enfin je vous signalerai aussi le cas d'une femme atteinte d'eczéma généralisé qui se présenta au service d'oculistique du Dr Parenteau à l'hôpital Saint-Jacques,

pour un *ectropion*. Ce renversement des paupières reconnaissant pour cause unique l'eczéma, M. Parenteau s'abstint de toute opération et administra simplement l'*acide phénique, à la* 6e *dilution*. Le résultat fut qu'en moins de trois semaines la malade fut entièrement guérie.

Vous voyez, par ces exemples, que j'aurais eu tort de ne pas vous recommander l'emploi de l'acide phénique dans le traitement de l'eczéma; vous aurez certainement l'occasion de l'administrer avec succès dans bien des circonstances.

Et maintenant, Messieurs, un mot sur le traitement externe de l'eczéma.

Au début, dans la période aiguë, suintante, inflammatoire, vous vous trouverez bien des applications humides sous forme de compresses de tarlatane imbibées d'infusion de camomille, de sureau, ou simplement d'eau bouillie. Vous aurez soin de les renouveler fréquemment, et de les appliquer à peine tiédies. Dans d'autres cas, vous ferez mettre des cataplasmes d'amidon ou de fécule, en recommandant toujours de ne pas les mettre chauds, ce qui exciterait la dermatose au lieu de la calmer. Plus tard, lorsque la période suintante sera terminée, vous vous contenterez de faire poudrer largement les parties malades avec la poudre d'amidon, la poudre de talc, ou la poudre d'oxyde de zinc, ou bien vous ferez faire des applications de pommade à l'oxyde de zinc, vous souvenant toutefois que certaines peaux ne supportent pas les corps gras. Enfin, lorsque vous aurez affaire à de vieux eczémas torpides, vous devrez user de pommades excitantes à base d'huile de cade ou d'acide chrysophanique. Une formule que je me permets de vous recommander, parce qu'elle m'a donné d'excellents résultats est celle-ci :

Acide pyrogallique. . . .	1	gramme.
Ichthyol	2	—
Acide salicylique.	50	centigrammes.
Vaseline.	30	grammes.

Passons maintenant à une autre maladie de la peau, pour laquelle vous êtes bien souvent consultés, et que la médication homœopathique vous permettra de soulager et de guérir plus rapidement qu'avec les moyens ordinaires, je veux dire l'*urticaire*.

Sous le nom de *cnidosis* ou d'*urticaire* on désigne une éruption caractérisée par la production plus ou moins rapide, souvent subite, d'efflorescences ou d'élevures de la dimension de l'ongle, et même plus grandes, d'un rouge rose ou blanc brillant, et entourées d'une aréole rouge, formant des élevures aplaties, arrondies ou irrégulières et un peu dures au toucher. La piqûre de l'ortie produit des plaques qui ressemblent beaucoup à l'urticaire, d'où cette affection a tiré son nom. Il n'est personne qui n'ait pu observer sur soi-même cette petite éruption après avoir touché volontairement ou non des orties le long des chemins. Les plaques d'urticaire donnent lieu à un prurit intense et à une vive sensation de cuisson, de brûlure, de chaleur, de tension et évoluent presque toujours avec la plus grande rapidité.

La peau d'un certain nombre de malades atteints d'urticaire est extrêmement sensible, même dans les parties indemnes de plaques ortiées; il est facile de provoquer par le simple contact du doigt ou avec l'ongle, des stries, des raies, voire même toute sorte de dessins. Mesnet avait dénommé ces malades des *autographiques*, beaucoup d'autres eux sont des névropathes ou des hystériques.

On peut ramener d'une façon générale l'urticaire à deux formes fondamentales, la forme aiguë et la forme chronique. Je ne vous parlerai pas de l'urticaire pigmenté affection rare, caractérisée par des élevures ortiées, rouges ou rosées, auxquelles succèdent des taches saillantes ou aplaties de coloration brunâtre plus ou moins accentuée et dont la durée est fort longue. Le peu de fréquence de cette forme et le manque d'expérience de son traitement pour lequel le cas échéant je recommanderais l'*arsenic*, la *sepia*, le *phosphore* et le *nitrate d'argent*, me dispensent de vous en entretenir.

L'*urticaire aiguë* est précédée ou non d'un état fébrile plus ou moins marqué. Cet état fébrile prémonitoire s'observe surtout lorsque la dermatose dépend d'une intoxication alimentaire. Pendant un jour ou deux avant l'éruption, il y a des frissons, de la fièvre, souvent des vomissements et de la diarrhée, qui peuvent persister une fois l'éruption sortie. D'autrefois l'éruption apparaît immédiatement après l'ingestion d'une substance indigeste, et tous les médecins ont vu des personnes atteintes d'urticaire avant la fin d'un repas où elles avaient mangé des moules, des crevettes ou toute autre substance alimentaire pouvant provoquer cette affection.

Qu'elle soit ou non précédée de fièvre, la manifestation cutanée présente les mêmes caractères. Un phénomène l'annonce, c'est le prurit. Certains dermatologistes auraient même une tendance à considérer l'urticaire comme étant constituée par ce seul phénomène, les taches ne se produisant que par suite de grattage. C'est une erreur, car on voit des malades chez qui l'éruption se montre avant qu'ils ne se soient grattés. De fait, prurit et éruption sont conditionnés par le même trouble vaso-moteur.

L'éruption peut siéger partout, mais ses lieux d'élection sont le tronc, les fesses, le dos, les cuisses et les bras. Parfois, elle se généralise à toute la surface du corps, tandis que, dans d'autres cas, elle n'atteint que des parties très circonscrites.

L'élément ortié, considéré à l'état isolé, a une durée courte qui ne dépasse pas quelques heures, au plus une journée entière. Il se termine par résolution complète, sans desquamation ni tache pigmentaire. Mais il se fait plusieurs poussées successives, de sorte que l'éruption, dans son ensemble, dure deux, trois jours et davantage. Mais, après cette période, la maladie est terminée et le patient peut ne plus jamais en être atteint.

Urticaire chronique. — Il n'en est pas de même de l'urticaire chronique, dans laquelle on voit le malade avoir des poussées successives parfois subintrantes d'urticaire pendant des mois et pendant des années Ces affections sont fréquentes chez les enfants des villes âgés de 4 ou 5 mois à 3 ans et plus; elles sont souvent chez eux la première phase du prurigo d'Hebra. Chez les adultes, elles peuvent être les premières manifestations de la dermatite herpétiforme. Dans ces cas, le malade est couvert de papules excoriées, de traces de grattage, de pigmentations. L'insomnie peut être complète; l'état général peut devenir grave par épuisement du système nerveux et mauvais état du tube digestif.

Chez les sujets prédisposés, l'urticaire est provoquée par les causes externes les plus vulgaires telles que des piqûres de puces, de cousins, de punaises et de poux. Tous ces épizoaires sont les causes les plus fréquentes de l'urticaire.

D'autrefois, la cause de l'affection est due à l'irritation des nerfs du goût et des voies digestives. Les aliments et

les substances qui occasionnent d'une manière accidentelle ou régulière chez un certain nombre d'individus une éruption d'urticaire sont : les fraises, les framboises, les groseilles, les poissons de toute espèce, particulièrement les poissons de mer, le homard, les crevettes, les moules, la charcuterie, les fromages, les glaces aux fruits.

Certaines personnes ont une idiosyncrasie singulière et je vous en citerai un cas entre mille, parce que je l'ai observé plusieurs fois chez la même personne. Il s'agit d'une dame de ma connaissance, qui est prise d'une éruption d'urticaire chaque fois qu'elle se trouve dans un endroit où il y a de la graine de lin bouillie. Ce fait me semblait invraisemblable, mais j'ai eu l'occasion de le vérifier d'une façon indéniable. Un soir, dans un dîner nombreux, à la suite d'une partie de chasse, cette personne commence à manifester des malaises, de l'oppression; elle rougit, se gratte, puis enfin déclare qu'un des convives doit avoir un cataplasme sur lui et qu'elle le prie de l'enlever parce qu'elle s'en trouve trop incommodée. Le fait était vrai. Un des chasseurs avait à la jambe un petit furonele, qui s'était enflammé par la marche, et avant de descendre au dîner il avait fait lui-même un petit cataplasme qu'il avait appliqué sur son mal. Or, ce convive était séparé de la dame dont je vous parle par plusieurs personnes, et pourtant les effluves de la graine de lin bouillie, inappréciables pour tout le monde, avaient suffi pour provoquer une crise d'urticaire, dont le sujet avait immédiatement reconnu la cause.

Messieurs, le traitement de l'urticaire aiguë est facile, puisque l'indisposition guérit d'elle-même en quelques jours sous l'influence d'un régime un peu sévère ou d'une diète lactée passagère. Ce n'est donc pas la guérison de

l'urticaire aiguë qui entraînera vos convictions sur la réalité d'action de nos remèdes. Au contraire, l'urticaire chronique est une affection tenace, résistant souvent aux régimes alimentaires les plus sévèrement et les plus judicieusement prescrits, ainsi qu'aux traitements habituellement mis en usage. Ces traitements, vous les connaissez bien, ce sont avant tout les eaux minérales laxatives ou purgatives ; eaux de Châtel-Guyon, sels de Carlsbad, les eaux de Vals ou de Vichy. Puis vient la série des purgatifs et des antiseptiques : pilules de podophylle, de rhubarbe ; pilules de Frank ou d'Anderson ; cachets de salol, de naphtol, de salicylate de soude. Puis vient ensuite toute la série des nervins ou antispasmodiques, le castoreum, le musc, l'asa fœtida, la valériane et le valérianate d'ammoniaque. C'est après avoir employé tous ces moyens, souvent avec un résultat négatif ou insuffisant, que les malades viennent réclamer notre médication. Je dois vous dire que vous aurez presque toujours des résultats satisfaisants, et vous verrez, sous l'influence des remèdes hahnemannien, des urticaires, qui remontaient à plusieurs années, guéries après quelques semaines de traitement.

En tête des médicaments que vous devez employer, et toujours suivant l'ordre alphabétique, nous placerons le venin d'abeille, *apis mellifica*.

C'est un remède qui vient de suite à l'esprit lorsqu'on cherche une substance homœopathique à l'urticaire. On sait, en effet, que la piqûre d'abeille produit un prurit brûlant, lancinant, insupportable. On observe aussi, chez les personnes qui ont été inoculées, des *tuméfactions*, des *enflûres d'un rouge vif avec stries rouges le long des membres* ; un gonflement de la peau, rouge pâle, s'étendant en surface. On remarque aussi de *petites taches blanches à auréole*

rouge, avec *prurit violent*, des *élevures pâles très sensibles*; des *tuméfactions œdémateuses*. Ces symptômes rappellent bien les phénomènes cutanés de l'urticaire et légitiment l'emploi de ce remède. J'ajouterai que la clinique a mainte fois confirmé le bien fondé de cet emploi et de nombreuses guérisons sont à l'actif d'*apis*. Je vous le recommanderai surtout dans les formes d'urticaire avec boursouflure et œdème de la peau, soit au visage, soit aux yeux et tout particulièrement lorsque l'affection gagne les muqueuses de la bouche ou du larynx, comme cela se produit quelquefois. En pareille circonstance, nul remède n'est mieux indiqué, car souvenez-vous qu'*apis mallifica* est peut-être le meilleur médicament de l'enflure œdémateuse, quel que soit son siège.

L'arsenic est aussi un remède de l'urticaire et ses symptômes cutanés présentent quelquefois des analogies avec cette dermatose. Il sera surtout indiqué dans les cas où la maladie sera conditionnée par des phénomènes gastro-intestinaux, principalement à la suite d'empoisonnements par des substances indigestes ou gâtées. C'est surtout lorsqu'il y aura en même temps des vomissements, de la diarrhée, de la gastralgie, en un mot des symptômes de gastro-entérite, qu'il y aura lieu de recourir à ce puissant remède.

Vous savez, d'ailleurs, que les eaux arsenicales, et particulièrement la Bourboule, guérissent un grand nombre d'urticaires chroniques.

Un médicament que vous ne connaissez probablement pas, et qui pour moi tient peut-être le premier rang parmi les remèdes de l'urticaire, c'est l'*astacus fluviatilis*, autrement dit l'écrevisse. On la prépare en triturant au mortier des écrevisses vivantes dont on fait une pâte qu'on traite

par l'alcool à 90° pour obtenir la teinture mère. Buchner, qui l'expérimenta, vit se produire les symptômes suivants chez ceux qui se prêtèrent à ses expériences : *Prurit et rougeur à la peau. Eruption ortiée par grandes plaques sur tout le corps. Fièvre ortiée, céphalalgie, pression sur les yeux, pupilles dilatées, chaleur, rougeur et gonflement de la face, pouls fébrile, transpiration légère.* Ménage, autre auteur qui n'appartient pas à notre école, vit apparaître, après l'usage du remède, une *éruption rouge, pruriante, urticaires partout le corps.* Hagedorn et Cloyd, l'un dans les Ephémérides des curieux de *la Nature,* l'autre dans la *Gazette médicale de Londres*, rapportent des observations analogues. Enfin, il est d'observation banale que, même à la suite d'ingestion d'écrevisses cuites, c'est-à-dire privées d'une partie de leurs principes toxiques, il se produit quotidiennement des urticaires, et le soir, dans les théâtres, quand le médecin de service est requis de venir donner ses soins, c'est presque toujours pour une personne qui, avant la représentation, est allée au restaurant manger des écrevisses ou tout au moins de la bisque aux écrevisses, potage essentiellement exanthématogène.

Une substance qui produit si souvent et si complètement l'urticaire, devait, en vertu de la loi des semblables, être employée à la guérison de cette maladie. Aussi, depuis longtemps, les médecins homœopathes l'emploient-ils contre elle, et cela avec des succès très marqués. Pour ma part, c'est le médicament que j'administre presque toujours en premier lieu, et bien souvent je n'ai pas eu à en prescrire d'autres. Essayez-le dónc, le cas échéant, je suis convaincu que vous n'aurez pas lieu de le regretter. Quant aux doses, j'ai toujours prescrit la 6e et la 12e *dilution.*

Le *chloral* produit, chez les personnes qui en font abus

pour combattre des insomnies persistantes, du *prurit*, des *poussées de rougeur à la face* et quelquefois de l'*urticaire*. Aussi, a-t-il été prescrit quelquefois dans notre école pour combattre ces phénomènes, et souvent avec un résultat satisfaisant. Il s'adresse surtout, à mon avis, à l'élément pruriteux qui est souvent insupportable et manque rarement d'atténuer, sinon de guérir, ce symptôme très pénible.

China ou le quinquina a été préconisé par le Dr Gabalda père, et comme ce remède est peu employé, je vous demanderai la permission de vous résumer une observation de ce savant médecin, pour vous prouver l'action du quinquina sur la peau, action qui depuis a été vulgarisée dans la thèse de Jeudi de Crissac sur les éruptions quiniques. Le Dr Gabalda prescrivit à une de ses malades convalescente d'une longue et douloureuse maladie un peu de vin de quinquina pour stimuler son appétit et remonter ses forces. Elle devait en prendre une demi-cuillerée à bouche par jour, dose bien minime en vérité. Dès la seconde prise elle ressentit des démangeaisons très vives pendant la nuit. Après la troisième les démangeaisons furent insupportables, et la malade fut très effrayée par la vue d'une enflûre de la face, des avant-bras et des mains. Le Dr Gabalda appelé aussitôt, constata une urticaire. Soupçonnant le quinquina d'avoir produit cette éruption, il en fit suspendre l'usage, et abandonna l'affection cutanée à elle-même. Elle persista pendant six jours avec une intensité extraordinaire.

Huit jours après la disparition de cette urticaire, la malade, dans l'espoir de recouvrir plus vite ses forces, exprima le désir de reprendre le vin de quinquina. Le Dr Gabalda fit droit à sa demande, non seulement dans le

but de remplir l'indication de relever les forces de sa cliente, mais aussi dans l'intention de vérifier si l'éruption qui s'était manifestée la première fois n'était qu'une coïncidence due au hasard, ou si elle était bien réellement un résultat du *china*. Dès la première cuillerée, l'urticaire reparut avec la même intensité que précédemment. Cette nouvelle éruption présenta un caractère différent de la première ; aux papules d'urticaire qui seules avaient constitué celle-ci, se mêlèrent des vésicules ayant quelque analogie avec celles de la varicelle.

L'éruption persista pendant huit jours environ, accompagnée de démangeaisons nocturnes qui empêchaient le sommeil. Il fallut bien, cette fois se rendre à l'évidence et renoncer à l'emploi de ce moyen. Du reste, voici ce qu'on lit dans la *Matière médicale de Hahnemann* ; parmi les symptômes pathogénétiques du quinquina :

Prurit, surtout le soir, aux bras, aux jambes et la poitrine ; après s'être gratté, il survient de petits boutons.

Prurit cuisant, presque uniquement aux parties sur lesquelles il est couché dans le lit.

Prurit à la peau ; après s'être gratté il survient des ampoules semblables à celles des orties.

Au chaud et la nuit, dans le lit, prurit ardent dans le creux du jarret et au côté interne du bras, avec une éruption de petites vésicules pleine de sérosité qui disparaissent à l'air.

Le Dr Gabalda affirme avoir souvent prescrit le *china* à dose infinitésimale, à des malades atteints d'urticaire, et le plus souvent il vu cesser presque immédiatement la démangeaison et disparaître rapidement l'éruption, même lorsqu'elle durait depuis longtemps et avait pris la forme chronique.

Avant de quitter le *quinquina*, laissez-moi vous montrer

quelle action remarquable, et pourtant peu signalée, il a sur le tégument externe ; soit qu'il ait été absorbé sous sa forme naturelle, soit plus souvent sous la forme de sulfate de quinine.

Chevalier signale une *maladie cutanée* qui força les ouvriers employés à la fabrication du sulfate de quinine à suspendre leurs travaux et Berthemot parle d'éruptions sur les bras et les parties génitales. Ossiam Henry signale les éruptions quiniques sans les décrire.

Armet-Delisle, le grand fabricant de quinine, celui dont la marque est encore la plus célèbre, sous le nom de quinine des Trois-Cachets (Armet-Delisle, Pelletier et Caventou) ; Armet-Delisle est plus explicite et parle de *boutons* qui se montrent sur tous les membres et produisent des *démangeaisons très violentes* ; il dit que quelquefois il y a *enflures des parties génitales*.

Dubosc décrit une *éruption pustuleuse* se terminant par *desquamation squameuse* ; Corriol une *éruption* avec *démangeaison* sur la totalité ou une partie du corps.

M. Thiboumery décrit ainsi les éruptions quiniques : *yeux rouges avec gonflement et démangeaison* ; la *face se tuméfiait*... chez d'autres il y avait *gonflement des parties génitales* avec apparence de *petits boutons et prurit*. La *face gonflait* au point de rendre le malade méconnaissable.

Je pourrais vous énumérer encore un grand nombre d'observations qui signalent des effets analogues, mais je ne fais pas ici de la bibliographie, je tiens seulement à vous faire retenir combien la loi homœopathique doit vous porter à administrer le *quinquina* et son *sel*, dans les affections cutanées avec prurit et gonflement, et tout particulièrement dans l'urticaire.

Je passe sur la *dulcamara* recommandée par Hahne-

mann, et d'ailleurs réputée dans la tradition pour son action dite *dépurative*. Je laisse aussi *natrum muriaticum* recommandé par Hartmann et dont la pathogénésie présente d'ailleurs des symptômes en rappport avec l'urticaire. Chacun sait fort bien que l'abus du sel *chlorure de sodium* porte à la peau. Mais je ne veux m'arrêter qu'aux remèdes les plus usités, à ceux qui ont donné des succès plus nombreux et je vous signale de suite l'ortie.

Urtica urens. — Elle a été préconisée dans l'urticaire, pour des raisons évidentes. Tout le monde connaît l'éruption ortiée due à la piqûre de l'ortie, ce que l'on sait moins, c'est que l'urticaire s'est montrée chez des expérimentateurs par son usage interne. Wibmer a signalé des cas où la peau est devenue très œdématiée, au point que la sérosité s'écoulait par des mouchetures. J'ajouterai qu'on n'en est plus à compter le nombre d'observations d'urticaire dans lesquelles cette plante amena une guérison rapide et durable. Moi-même, dans une sphère modeste, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'en vérifier l'action bienfaisante et curative.

Je suis peu partisan du traitement externe dans l'urticaire, pourtant il est des cas où pour soulager l'intensité du prurit et donner aux remèdes le temps d'agir, vous pourrez prescrire des lotions de chloral, de phénol au 200e, des lotions d'eau vinaigrée. Les pulvérisations de menthol sont recommandées par Gaucher, vous pourrez les formuler de la façon suivante :

Menthol.	10 grammes.
Chloroforme. . . }	
Ether. . . . . . }	ââ 30 grammes.
Alcool camphré . }	

Après les pulvérisations ou les lotions, on saupoudrera

les parties atteintes avec de l'oxyde de zinc, de la poudre d'amidon, ou du talc.

Enfin, je dois vous dire un mot de la méthode de l'enveloppement ouaté préconisé par Jacquet. Cet éminent dermatologiste a cherché à démontrer, par des expériences ingénieuses que je ne puis vous décrire en détail, mais dont je vous recommande vivement la lecture, que la plupart du temps le prurit et les éruptions était occasionnés par le frottement de la peau, et qu'en isolant cette dernière au moyen d'une légère compression ouatée on supprimait à la fois et le prurit et l'éruption. Ce moyen est bien simple, et mérite d'être essayé dans les cas rebelles, ne serait-ce que par considération pour le savant qui recommande cette méthode.

Prurit et prurigo. — Le mot *prurigo* signifie dans l'ancien langage dermatologique une éruption de papules assez volumineuses, isolées, s'accompagnant de démangeaisons vives et couronnées d'une croûtelle noirâtre provenant d'excoriations produites par le grattage.

Autrefois on distinguait un *prurigo parasitaire*, un *prurigo sénile*, un *prurigo symptomatique d'une maladie interne* (ictère, maladie de Bright, diabète, etc...); aujourd'hui le groupe des *prurigos* est complètement démembré, et la plupart d'entre eux sont rangés dans la grande classe des *prurits*.

La caractéristique du prurit vrai, c'est de causer une violente démangeaison de la peau sans présenter de lésions cutanées prémonitoires. Il y en a de généralisés tels que le *pruritus hyemalis*; la *pruritus senilis*; le *pruritus generalis* auquel on doit rattacher le prurit ictérique, le prurit brightique et le prurit diabétique. D'autres sont localisés, soit à l'anus, soit à la vulve, au scrotum, aux

narines, etc... Vous les connaissez et vous savez quelle ténacité ils présentent en général, et combien ils résistent aux efforts des thérapeutistes.

En général, vous employez les bains prolongés, additionnés d'amidon, de camomille et surtout de vinaigre. Vous pratiquez des lotions très chaudes avec la décoction de racine d'année, de camomille, avec de l'eau blanche, de l'alcool camphré, du pétrole. Vous appliquez des pommades à l'acide phénique, à l'acide borique ; vous vous servez des glycérolés tartriques de Vidal ; vous employez la cocaïne et la morphine incorporées au centième à la vaseline ou à l'axonge fraîche. Tous ces moyens adoucissent le mal, mais ne le guérissent pas, et les médicaments dont je vais vous parler auront souvent une action plus efficace que le traitement externe. Dans tous les cas, vous ferez bien de combiner ces deux moyens, heureux encore si, en combinant leur action, vous arrivez à un résultat satisfaisant.

Les remèdes que nous employons le plus souvent contre le prurit sont :

L'*acide benzoïque* pour le prurit à la peau du dos des mains.

L'*acide fluorhydrique* qui produit des sensations de picotement et de fourmillement à la tête, aux sourcils et à la face.

Acide salicylique : Prurit généralisé.

Acide phénique : Prurigo des enfants purigos en général.

Acide picrique : Démangeaisons vives surtout la nuit.

Aconit : Formication à la peau avec prurit.

Agnus castus : Prurit, prurigo, démangeaison à l'anus et au périnée.

Antipyrine : Prurit à la face et aux yeux. Prurit généralisé.

Arsenic : Elancements, brûlements violents à la peau.

Caladium seguinum : Prurit vulvaire. Dudgeon recommande la 3e dilution.

Chloral : Prurit surtout à la face.

China : Prurit brûlant ou rongeant surtout le soir avec éruption urticarienne.

Cicuta virosa : Démangeaison brûlante par tout le corps.

Coffea : Prurit. Prurit à l'anus.

Conium maculatum : Elancements et prurit picotant à la peau.

Croton : Chaleur ardente, surtout aux mains.

Dolichos pruricus : Recommandé par le Dr Cartier. La pathogénésie m'en est inconnue.

Euphorbium : Prurit rongeant et brûlant qui oblige à se gratter presque constamment.

Hydrocotyle asiatica : Prurit, prurigo surtout au scrotum, à la vulve et à l'anus.

Ignatia : Prurit qui se dissipe facilement en se grattant ou en s'échauffant. Prurit à l'anus.

Lycopodium : Rongement et prurit le jour, en s'échauffant et en se couchant. Prurit à l'anus.

Mezereum : Prurit surtout la nuit, plus violent après s'être gratté. Prurit sénile. Kafka le recommande à la 6e dilution.

Naphtaline : Prurit généralisé.

Petroleum : Prurit au scrotum.

Rumex crispus : Prurit aggravé par le froid, amélioré par la chaleur.

Sulfur : Prurit brûlant, plus violent la nuit ou le matin.

Tels sont les médicaments que vous prescrirez dans le prurit. Persévérez, patientez, l'affection pruriteuse est une des plus difficiles à guérir. Il arrive souvent que les premiers remèdes échouent. Mais si vous inspirez assez de confiance à vos malades pour qu'ils persistent un certain temps à suivre le traitement homœopathique, je ne doute pas que vous arriviez à des améliorations notables et même à des guérisons complètes.

J'aurais voulu vous dire un mot du traitement de l'impétigo, qui devra être surtout externe. L'eau d'Alibour, exhumée depuis quelques mois de l'oubli immérité où elle reposait depuis longtemps est un excellent topique que je puis vous recommander par expérience. J'aurais aussi désiré vous parler du lichen, et particulièrement du *lichen ruber*, du *lichen plan*, affection très améliorée par un régime sévère et par les douches chaudes et prolongées. Enfin, j'aurais été heureux de vous signaler l'action de l'*hydrastis canadensis* dans les lupus et la lèpre ou des améliorations incontestables ont été produites par ce remède que nous devons hautement revendiquer, comme notre littérature homœopathique en fait foi. Malheureusement, je ne puis vous retenir plus longtemps et je m'estimerai beureux, si j'ai pu arriver à vous donner l'envie de vérifier l'action de nos remèdes, dans les quelques dermatoses dont j'ai pu vous indiquer le traitement homœopathique.

Dr J. P. Tessier.

MÉDECINE PRATIQUE

DE LA NATURE GRIPPALE DE L'APPENDICITE

Un fait fort remarquable dans l'histoire de l'appendicite est son extrême rareté pendant les deux tiers de ce siècle et son extrême fréquence depuis quelques années. C'est une erreur de vouloir expliquer ce fait par l'ignorance des médecins, qui, autrefois, confondaient avec l'appendicite les typhlites, les pérityphlites et les péritonites localisées dans la fosse iliaque droite. Sans doute quelques erreurs de diagnostic ont put être commises. Mais, en faisant la part des erreurs aussi grande qu'on voudra, on n'arrivera pas à expliquer le fait que nous signalions en commençant; et il serait difficile de trouver un praticien si répandu soit-il, médecin ou chirurgien, qui, il y a cinquante ans, puisse compter dans sa clientèle une douzaine de cas d'inflammation des organes situés dans la fosse iliaque droite.

Aujourd'hui, les statistiques se chiffrent par centaine de cas, et je le répète, c'est là un fait considérable et qui ne peut s'expliquer par aucune *cause locale*, soit corps étranger, soit oblitération du canal appendiculaire. Ces lésions ont existé de tout temps; elles ont toujours été rares et ne peuvent donc suffire à expliquer le nombre élevé et croissant des appendicites que l'on constate aujourd'hui.

Nous trouvons dans le cadre pathologique, une autre

affection qui, comme l'appendicite, était très rare autrefois et est devenue très fréquente aujourd'hui ; je veux parler de la mastoïdite suppurée, suite de l'otite moyenne aiguë. Dans ma jeunesse cette affection était une véritable rareté ; aujourd'hui il est fréquent de rencontrer des spécialistes qui ont fait en quelques années des centaines de trépanations de l'apophyse mastoïde.

Il est facile de constater dans la pathogénie de la mastoïdite suppurée l'influence de la grippe. Ici, la succession des symptômes est facile à suivre ; le catarrhe de la grippe se propage à l'oreille moyenne; puis l'inflammation envahit les cellules mastoïdiennes. Il est donc facile de conclure ici que la mastoïdite est due à une infection grippale.

L'idée d'expliquer l'espèce d'épidémie d'appendicite qui sévit aujourd'hui dans toute l'Europe, par une infection grippale, paraîtra peut-être à quelques-uns un véritable paradoxe. Cependant je remarquerai que l'augmentation considérable des cas d'appendicite a coïncidé avec les épidémies de grippe qui, depuis 25 ans, se renouvellent presque d'année en année. Je rappelerai qu'il est impossible d'expliquer par des lésions locales les nombreux cas d'appendicite que nous observons chaque jour. Aussi avons-nous lu avec intérêt un mémoire de deux médecins de Lyon. les docteurs *Raymond Tripier* et *J. Paviot*, qui cherchent à établir que l'appendicite est due à une infection générale.

Ces auteurs commencent par établir que la cavité close de M. Dieulafoy, son fameux *primum movens*, est une erreur. Les nombreuses observations publiées par M. Brun démontrent l'existence d'appendicites en l'absence d'oblitération ou même de rétrécissement appréciable. M. Riedel d'Iéna) a publié une statistique de 120 cas d'appendicite

dont il décrit les lésions, et d'où il résulte qu'il n'a jamais constaté de rétrécissement du canal appendiculaire. Quant à l'exaltation du *bacillum coli* dans la cavité close, c'est encore une erreur de M. Dieulafoy. Les auteurs du mémoire que nous avons cité rapportent les recherches de MM. Roger et Josué sur les phénomènes produits par la ligature de l'appendice. Cette ligature détermine une inflammation, mais non une exaltation du pouvoir pathogène des bacilles.

« En effet, ils ont pu constater « que les matières pré-« levées deux ou trois jours après la ligature de l'ap-« pendice ont exactement le même pouvoir pathogène « que les cultures faites avant l'opération. A partir de ce « moment, la virulence du contenu diminue rapide-« ment », ce qui n'empêche pas des lésions suppuratives de se produire. « C'est une loi générale, ajoutent « MM. Roger et Josué, que dans les foyers purulents, les « microbes s'atténuent progressivement et finissent même « par disparaître. » Ainsi donc, pour ces auteurs, *on ne peut expliquer le développement de l'appendicite par une augmentation de virulence des microbes* ; on ne peut guère invoquer leur pénétration dans les parois, car les microbes s'y trouvent toujours en petit nombre et ne se rencontrent guère que dans les parties nécrosées ». (*Semaine médicale,* 8 mars 1898, p. 74).

Quant aux expériences de M. Kleki, nous avons déjà, à deux fois différentes, démontré qu'elles disaient tout le contraire de ce que veut leur faire dire M. Dieulafoy.

Ajoutons que le rétrécissement expérimental de l'appendice n'a jamais produit d'appendicite.

« Et, du reste, les expériences de MM. Roger et Josué montrent que cela n'est pas suffisant pour donner lieu à

une appendicite, puisque ces auteurs n'ont pas pu déterminer une inflammation notable en produisant un simple rétrécissement de l'appendice. Par conséquent, les expériences dont on se réclame pour admettre une affection locale de l'appendice, loin d'être démonstratives, viennent même à l'encontre de ce que l'on veut prouver. » (*Loc. cit.*).

MM. Raymond Tripier et Paviot sont donc, croyons-nous, dans la vérité en enseignant que l'appendicite, loin d'être produite par un état local, n'est qu'une localisation d'un état général. M. Jalaguier avait déjà dit : « Plus j'étudie l'appendicite, plus je tends à la considérer, dans certains cas au moins, comme une manifestation locale d'une infection générale ». (*Loc. cit.*)

Ainsi, aujourd'hui, la théorie des causes locales pour expliquer l'appendicite est de plus en plus abandonnée. Les corps étrangers, les calculs stercoraux ne sont que des exceptions, et la théorie de la *cavité close* ne tient pas debout devant les centaines d'observations dans lesquelles l'appendicite existait sans rétrécissement du canal appendiculaire. Le mouvement scientifique, aujourd'hui tend de plus en plus à considérer l'appendicite comme la localisation d'une maladie infectieuse. C'est là évidemment la doctrine d'avenir ; et cependant, hier encore, le professeur Dieulafoy, attardé dans une explication hypothétique de plus en plus abandonnée par le monde savant, entretenait l'Académie de ses idées systématiques sur la pathogénie de l'appendicite par la *cavité close*. Et c'est au nom de cette rêverie qu'il repousse absolument, et dans tous les cas, l'opportunité du traitement médical. « Je ne crois pas qu'il y ait des cas qui relèvent du traitement médical, parce que, selon moi, toutes les appendicites sont la con-

séquence d'une oblitération du canal appendiculaire, et que cette oblitération est déjà réalisée, lorsqu'apparaît la douleur iliaque. Si on accepte cette théorie, on est fatalement conduit à écarter d'emblée le traitement médical, puisque la toxi-infection est contemporaine de l'oblitération de l'appendice ». (*Académie de médecine*, 28 février 1899).

Ainsi, les observations de Brun, de Riedel et de tant d'autres restent, comme les expériences de Roger et Josué, lettre morte pour M. Dieulafoy.

Cet article était composé quand nous avons reçu le *Bulletin de la Société médicale* des hôpitaux de Paris et nous y avons lu avec intérêt un article du Dr Florand.

Ce médecin proteste avec raison contre l'affirmation du Dr Dieulafoy « on ne doit plus mourir d'appendicite » et il cite 3 cas où la mort est survenue malgré un diagnostic et une intervention chirurgicale très rapide.

M. Florand ajoute très judicieusement qu'il n'est pas pour une intervention chirurgicale sans indication.

« Mais je déclare que je serai tenté de retenir la main du chirurgien et d'attendre, quand je serai en face d'un malade, d'un enfant surtout, qui, dans le cours ou à la suite d'une maladie infectieuse, et en tête de ces maladies infectieuses je placerai l'influenza, aura présenté avec ou sans entéro-colite préalable, une douleur dans la fosse iliaque droite au point d'élection, avec quelques nausées ou vomissements, un peu d'empâtement, sans aucun phénomènes généraux ni du côté du *pouls* ni du côté de la température, si tous ces symptômes disparaissent complément par quelques jours de repos au lit, une diète légère, même sans opium, sans glace et surtout sans purgatif.

Bien que je sois convaincu en pareil cas que le malade a eu une crise d'appendicite, je n'aurai pas le courage de lui faire ouvrir le ventre et je ne sais pas d'ailleurs si je trouverais un chirurgien pour opérer ; jusqu'à présent je n'en ai pas encore rencontré. Si, malgré la légèreté de la crise, le malade conserve ultérieurement un peu de douleur ou d'empâtement au niveau de son appendice, je n'aurai au contraire, aucune hésitation. Je n'en aurai plus si je me trouve en face d'une seconde crise, quelque légère qu'elle soit, car je pourrai en conclure qu'il existe chez mon malade un état que je pourrais appeler de prédisposition appendiculaire, état que nous savons, sans en connaître la cause, être assez fréquemment sinon héréditaire, au moins familial. Je laisse aux chirurgiens seuls le soin de savoir s'il vaut mieux opérer en crise ou à froid, en dehors de la crise, quelque tenté que je sois d'adopter cette dernière méthode quand elle est possible, car elle m'a paru simplifier l'intervention et la rendre remarquablement bénigne. » (*Bull. Soc. méd. des hôpitaux*, n° 11).

Nous serions heureux de voir le corps des médecins des hôpitaux intervenir enfin dans cette question de l'appendicite.

Dr P. JOUSSET.

CLINIQUE MÉDICALE

MYXŒDÈME ET CORPS THYROIDE

En novembre 1896, on m'amenait à l'hôpital Saint-Jacques (1), où je faisais la consultation du mardi matin, un enfant, Maurice C..., avec le diagnostic de *myxœdème* fait à l'Hôpital des enfants trois ans avant, et considéré comme incurable.

On s'était contenté de donner quelques conseils au point de vue de l'état général, mais en prévenant sa mère adoptive qu'il n'y avait absolument rien à faire.

Cet enfant, âgé de 12 ans, mesurait à peine 88 centimètres, ne marchait pas et ne donnait pas de signes d'intelligence. Le corps trapu, ramassé, les membres grêles, les jointures grosses, les pieds et les mains courts, larges, épais, la tête grosse aux fontanelles encore béantes, la face large, la bouche énorme, les pommettes saillantes, l'air vieillot, les cheveux ternes, la peau lisse et douce donnaient à cet enfant l'aspect d'un crétin bien plus que d'un myxœdémateux.

En examinant son cou, les lobes thyroïdiens étaient introuvables.

Ses dents de lait plus ou moins cariées n'étaient pas tombées et aucune dent de remplacement ne s'était encore montrée.

(1) Observation lue à la Société française d'homœopathie, le 8 février 1899.

La parole était gutturale, peu articulée et incompréhensible, l'intelligence semblait absente, seule la crainte de tomber lui inspirait une terreur qui se manifestait par des cris rauques non accompagnés de larmes. Là où on le posait, il restait, ne pouvant faire que quelques pas en s'appuyant sur des chaises. On le faisait manger à la cuiller, ses digestions étaient mauvaises et la constipation opiniâtre.

Cet enfant ne vit pas avec ses parents, qui l'ont abandonné entre les mains d'une tante sans enfants qui l'a soigné avec un dévouement digne de tous les éloges. Elle a pu me fournir les renseignements suivants au point de vue étiologique : un grand-père de l'enfant s'est pendu après avoir donné des signes d'aliénation mentale dus à l'alcoolisme.

Sa mère, à la suite d'une fièvre typhoïde grave, à l'âge de 14 ans, a conservé une intelligence bornée. Son père paraît jouir de toutes ses facultés, quatre ou cinq frères et sœurs sont morts en bas âge de méningite.

A dix mois, on constate dans sa famille qu'il n'était pas comme les autres enfants de son âge, qu'il ne semblait pas comprendre les mesures d'affection qu'on lui donnait, ne souriant jamais et remuant à peine. Peu à peu, ses parents l'ont pris en grippe, à cause de cet état spécial, et vers l'âge de trois ans l'ont confié à Mme C..., qui le soigne comme s'il était réellement son fils.

Telles sont les quelques détails que j'ai pu recueillir sur cette affection qui semble avoir débuté sans qu'aucune cause puisse être invoquée en dehors de l'atrophie du corps thyroïde.

C'est pour cette raison que je conseillai à Mme C... de demander à son boucher les glandes du cornet des mou-

tons qu'il pourrait lui procurer et de lui en faire manger deux tous les jours, finement hachées et dans du bouillon froid.

Après d'assez grandes difficultés, elle finit par se procurer lesdites glandes et put commencer le traitement qui, dès le premier jour, produisit un effet tel que j'en fus moi-même effrayé : en effet, dès la première nuit, cet enfant fut pris soudain d'une agitation extrême, poussant des cris, rejetant ses couvertures et laissant écouler de sa bouche à demi ouverte des flots de salive.

Toujours glacé jusque-là, il devint brûlant, les articulations des bras et des jambes se couvrirent d'un érythème comparable à celui que peut causer un bain fortement sinapisé.

Pendant huit jours, ces symptômes alarmants continuèrent malgré la diminution de la dose du médicament : de deux glandes, l'enfant n'en mangea plus que la moitié d'une.

Au bout de la première semaine, la salivation diminua, les rougeurs s'atténuèrent et l'intelligence de l'enfant se réveilla peu à peu. Bientôt il s'affermit sur ses jambes et marcha sans le secours des meubles ; sa parole devint plus intelligible, ses dents de remplacement se firent jour, la taille s'allongea, la figure prit une expression, et aujourd'hui c'est un écolier modèle qui commence à lire et à écrire.

Depuis le mois de novembre 1896, il n'a jamais abandonné le corps thyroïde de mouton, mais avec des repos de quinze jours, un mois, deux mois même l'été dernier pendant un séjour à Dieppe. Et il est à remarquer que chaque fois qu'il reprend à nouveau des corps thyroïdes, l'excitation nocturne revient en même temps qu'une nouvelle

étape de développement physique et intellectuel semble être parcourue.

Les symptômes inquiétants que je vous ai signalés au début du traitement ne sont pas rares dans l'opothérapie, et il doit être posé en principe que ce mode de traitement a besoin d'être surveillé : un addisonien que j'ai vu a été emporté en quatre jours après l'ingestion de quatre capsules surrénales de veau, et ces faits doivent être signalés pour ne nous jamais laisser perdre de vue que nous avons à manier une arme à deux tranchants.

Deux photographies de mon petit malade et les dimensions exactes de sa main avant le traitement permettent de se rendre compte des progrès accomplis en deux ans et quelque mois.

En effet, la main a doublé de longueur et la taille mesure 1 m. 14 centimètres; d'ailleurs, vous allez en juger par vous-mêmes.

M. le Dr Petit présente à la Société l'enfant qu'il a soigné; il fait passer en outre des photographies du malade prises avant 1896, et qui permettent de constater les métamorphoses produites par le traitement, dans l'espace de trois ans. M. le Dr Petit ajoute que l'on doit employer la *thyroïdine*, telle qu'elle est préparée chez les pharmaciens, avec la plus grande circonspection, car si c'est quelquefois un médicament très efficace, c'est aussi un médicament très dangereux.

Dr Clément Petit.

THÉRAPEUTIQUE

DU TRAITEMENT PRÉVENTIF DE L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE PATERNELLE AU COURS DE LA GROSSESSE

M. le professeur Fournier a fait sous ce titre, une leçon clinique très intéressante à l'hôpital Saint-Louis (1). Voici comment il pose la question.

Une grossesse vient de s'annoncer dans un ménage où le mari est syphilitique et la femme saine. — Je suppose que la syphilis du mari soit en des conditions telles qu'elle puisse être héréditairement dangereuse pour l'enfant. — En l'espèce, l'art peut il intervenir pour la sauvegarde de l'enfant? Et, s'il le peut, comment, de quelle façon doit-il intervenir dans cette intention prophylactique?

Le seul moyen possible est de traiter la mère saine comme si elle était syphilitique; ce traitement agit par son intermédiaire sur le fœtus.

M. Fournier cite un grand nombre de cas où cette manière de faire à amené des résultats excellents, soit qu'il s'agisse d'une première grossesse et que le père ancien syphilitique craigne pour son enfant; soit que la mère ait déjà eu plusieurs fausses-couches.

Comment instituer le traitement?

1° Le plus tôt possible; il est ordinairement trop tard après le cinquième mois de la grossesse.

(1) *Semaine médicale*, 30 novembre 1898.

2° Le mercure est le remède de choix mais on peut y associer l'iodure de potassium.

M. Fournier donne ordinairement les pilules de protoïodure à la dose de 0 gr. 05 et même de 0 gr. 025 par jour.

M. le professeur Pinard donne le mélange suivant.

Bi-iodure d'hydrargyre. . . .	0	gr. 10
Iodure de potassium.	10	grammes.
Eau distillée ou sirop simple.	250	—
Eau de menthe.	50	—

Deux cuillerées à bouche de la solution, ou deux cuillerées à dessert du sirop par jour, à prendre au milieu du repas.

M. Barthélemy s'est bien trouvé d'une injection d'huile grise sous les mois (injection déguisée sous le non d'injection de sérum).

Dr MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. UN CAS DE DIABÈTE INSIPIDE CHEZ UN ENFANT DE 4 ANS. ERUPTION XANTHELASMIQUE GÉNÉRALISÉE CONCOMITANTE. — II. A PROPOS DES APPLICATIONS LOCALES DE SALICYLATE DE MÉTHYLE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMASTISME. — III. ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE STREPTO-STAPHYLOCOCCIQUE. PARALYSIE DU VOILE DU PALAIS. — IV. RHUMATISME PAR INTOXICATION ALIMENTAIRE, DANS LE DÉCOURS D'UNE GRIPPE TRÈS LÉGÈRE. — V. UN CAS DE MÉNINGITE CÉRÉBRALE A MÉNINGOCOQUES AVEC SEPTICÉMIE CONSTATÉE PENDANT LA VIE. ETUDE CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE. — VI. MALADIE D'ADDISON CHEZ UN NÈGRE ARABE. — VII. ELIMINATION PROLONGÉE DU BLEU DE MÉTHYLÈNE DANS L'IMPERMÉABILITÉ RÉNALE. — VIII. DEUX CAS DE MALADIE D'ADDISON AVEC AUTOPSIE.

I

(*Séance du* 3 *février*.) — M. AUSSET, de Lille, présente un petit enfant de 4 ans, qu'il soigne depuis le mois de juillet dernier ; à ce moment, sa mère l'a amené à l'hôpital parce qu'il avait une soif exagérée, qu'il urinait d'une façon excessive, et parce qu'il présentait une éruption généralisée depuis mai 1897.

Père et mère très nerveux ; jusqu'en mai 1897, l'enfant s'est très bien porté.

En mai 1897, forte fièvre, vomissement et diarrhée dysentériforme : à ce moment on s'aperçoit qu'il a très souvent soif et qu'il urine beaucoup. Six semaines après, rougeole intercurrente. Depuis ce moment, la soif et la polyurie vont en s'accentuant ; l'appétit est presque nul et on observe un grand amaigrissement.

C'est un enfant très nerveux, très irritable, très intelligent. Il ne présente pas de stigmates hystériques bien nets ; les réflexes pharyngien et oculaire sont normaux, il n'y a pas de zone anesthésique ; peut-être un peu d'hypéresthésie.

Il a un tel besoin de boire qu'il vole des boissons, qu'il a bu son urine. Depuis qu'il est soigné par M. Ausset, il boit de 8 à 10 litres par jour. Quant à la quantité des urines, quoi qu'on n'ait pas pu tout obtenir, on a toujours eu de 8 à 9 litres 1/2 par jour (1).

Les urines sont presque incolores ; elles pèsent 1006 et contiennent des éléments très faibles.

Chlorure de sodium.	0,95
Phosphates dosés en totalité et évalués à l'état d'acide phosphorique anhydre.	0,15
Urée.	2,25
Acide urique	0,07

Il n'y a ni albumine, ni sucre, ni inosite.

Le poids de l'enfant depuis juillet dernier a oscillé entre 13 et 12 kilogs. Il va cependant en augmentant légèrement.

En dehors d'une éruption que nous décrirons ensuite, l'examen ne fournit que des signes négatifs.

---

(1) Pendant le voyage de Lille à Paris, soit en trois heures un quart, et a bu 2 litres et uriné 2,100.

L'enfant est porteur d'une éruption généralisée ayant envahi la presque totalité de la surface du corps, mais surtout abondante au cou, sur le thorax, sur l'abdomen et dans le dos ; il n'y a que quelques taches sur le visage, au front, à la partie supérieure et externe des joues, au menton, sur le bord des paupières et sur le cuir chevelu, sur les membres, l'éruption est de plus en plus faible en s'éloignant du tronc.

Cette éruption est constituée par une multitude d'éléments parfaitement distincts et séparés les uns des autres, de dimensions différentes ; les uns, les moins nombreux, assez gros, de la dimension d'une petite lentille ; les autres qui sont le plus grand nombre, sont presque punctiformes. L'élément constitutif de cette éruption est une papille nettement saillante : généralement tout à fait arrondie, quelquefois ovalaire ; d'un jaune peu accentué, présensentant un peu l'aspect d'une feuille morte.

M. Ausset pense avoir observé un cas *de polyurie hystérique*. Quant à l'éruption il est tenté de penser à une forme atypique de *xanthelasma*.

M. Variot cite le cas d'un enfant qu'il vient d'avoir dans son service et qui est en ce moment atteint de rougeole.

Cet enfant a 4 ans ; depuis l'âge de 2 ans, il a présenté un besoin considérable de boire et, à l'hôpital, il buvait tout ce qu'il pouvait attraper : eau, vin, eau de savon et même eau des urinoirs. Il urine beaucoup, mais pas dans les proportions du malade de M. Ausset.

Ce qu'il y a de particulier, c'est que la mère et la grand'-mère maternelle de cet enfant prétendent avoir présenté les mêmes symptômes dans leur enfance ; qu'une sœur

âgée de 17 mois présente les mêmes symptômes, mais moins accentués.

M. Variot ne voit aucun inconvénient à classer provisoirement son malade comme atteint de *polyurie hystérique.*

M. Souques pense qu'on ne peut pas ranger dans l'hystérie tous les cas de polyurie dont on ne retrouve pas la cause évidente : pour l'observation de M. Ausset, il croirait qu'il s'agit d'une polyurie des dégénérés.

M. Rendu trouve cette distinction bien subtile, car presque tous les hystériques sont des dégénérés.

M. Triboulet pour répondre à l'observation de M. Rendu cite une observation prise le matin même à la consultation de Lariboisière, d'un homme de 30 ans, grand polyurique et polydypsique depuis la première enfance, chez lequel, en dehors de vagues stigmates psychiques de dégénérescence, il a été impossible de retrouver le moindre stigmate somatique d'hystérie. Dans un grand nombre de cas, il vaudrait mieux dire polyurie chez un dégénéré et non polyurie hystérique.

M. Raymond trouve que l'enfant que présente M. Ausset a des stigmates psychiques de dégénérescence, ses colères, par exemple, mais il n'est pas hystérique. Sur ce terrain dégénéré, l'hystérie peut évoluer plus tard, mais la base de tous les accidents, c'est l'état de dégénérescence nettement indiquée par l'état psychique que nous constatons actuellement ; la polyurie, dans le cas actuel, ne lui paraît être qu'un des symptômes de cet état.

A la séance suivante (16 *février*), M. Mathieu est revenu sur cette question et a soutenu que le diabète insipide

était de nature hystérique, se présentant tantôt avec les stigmates, tantôt sans les stigmates. Il pense avoir le premier formulé cette idée que, chez les névropathes, la polyurie était *fonction d'hystérie*. Depuis, M. Babinski a apporté un argument important à la théorie de la nature hystérique de ces polyuries nerveuses ; il a montré qu'elles étaient susceptibles de guérir par suggestion, et M. Debove a déclaré que, pour lui, la polyurie pouvait être le seul stigmate de l'hystérie.

Depuis, M. Mathieu a communiqué à la Société un cas de grand diabète insipide sans aucun stigmate hystérique, guéri dans des conditions assez curieuses par suggestion médicamenteuse.

II

MM. Linossier et Lannois font une communication à propos de l'observation de M. du Cazal, que nous avons analysée dans notre dernier compte rendu.

Ayant appliqué du salicylate de méthyle sur la peau d'une malade, M. du Cazal s'aperçut qu'une seconde malade, couchée deux lits plus loin, s'était trouvé, guérie de douleurs dans les genoux en même temps que sa voisine, et que son urine renfermait une quantité d'acide salicylique sensiblement égale à celle contenue dans les urines de la première.

M. du Cazal conclut de ce cas que la seconde rhumatisante a été soulagée par les émanations du pansement appliqué à sa voisine.

MM. Linossier et Lannois, sans contester la possibilité de l'absorption pulmonaire du salicylate de méthyle, affirment que pour obtenir d'une application de salicylate de méthyle tout le soulagement qu'on en peut attendre, il

est nécessaire de recouvrir celui-ci par un enveloppement aussi imperméable que possible ; plus cet enveloppement sera complet, c'est-à-dire restreignant au minimum l'absorption pulmonaire, plus on trouvera d'acide salicylique dans les urines et meilleur sera le résultat ; quand, au contraire, l'enveloppement est insuffisant ou nul, quand par conséquent l'absorption pulmonaire des vapeurs diffusées est la plus abondante, on ne trouve que des traces d'acide salicylique dans l'urine et l'effet thérapeutique est insignifiant.

III

M. Carrière (de Lille) vient lire une observation qu'il a recueillie l'année dernière dans le service du professeur Pitres.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, domestique, prise le 1[er] février de frissons, courbature, fièvre légère, douleur en avalant.

Elle entre à l'hôpital le 2 : le faciès est pâle, il y a un volumineux engorgement ganglionnaire bilatéral. L'isthme du gosier est tapissé de fausses membranes blanc grisâtre, assez adhérentes ; pas d'albuminurie.

L'angine persiste jusqu'au 6 ; les examens bactériologiques par frottis de fausses membranes et les ensemencements sur sérum ne permirent jamais de constater la présence du bacille de Lœfler, mais firent voir par contre des streptocoques blancs en grande quantité.

Le 26 février, vingt jours après la disparition des fausses membranes, paralysie du voile du palais : voix éteinte et nasonnée, déglutition difficile surtout pour les liquides ; la malade ne peut ni souffler une bougie, ni gonfler les joues ; le voile du palais est pendant et flasque ;

il ne se contracte pas sous l'influence des excitations mécaniques ; la contractilité faradique est diminuée.

Cette paralysie guérit assez promptement.

Cette paralysie survenant dans les conditions identiques à ce que nous observons après les angines diphtéritiques, montre que les paralysies peuvent avoir lieu en dehors de la diphtérie.

IV

(*Séance du* 17 *février*).— M. Renon rapporte l'observation d'un jeune homme de 20 ans, pris d'une grippe très légère, débutant le 9 janvier dernier, pour laquelle il prend le 10 janvier 30 centigrammes d'antipyrine et 15 centigrammes de bromhydrate de quinine.

Le 12, il se trouve assez bien pour sortir.

Le 13, déjeuner avec un peu de poulet, une petite sole et une douzaine d'huîtres. Quelques heures après légère pesanteur d'estomac avec coliques ; vers 6 heures du soir, poussée d'urticaire qui augmentent pendant la nuit.

Le 14, diminution de l'éruption, mais douleur en remuant le bras gauche et main droite rouge, œdématiée, très douloureuse: l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index et celles du petit doigt sont manifestement gonflées, très douloureuses à la pression et au moindre mouvement. Les gaines des extenseurs sont également douloureuses sur la face dorsale de la main ; l'articulation du poignet est très douloureuse.

En deux jours les accidents disparurent.

Comme antécédents, père neurasthénique avec des vagues douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes ; mère atteinte de coliques hépatiques légères.

M. Renon conclut à une poussée de pseudo-rhumatisme

toxique survenu par intoxication alimentaire au même titre qùe l'urticaire et les malaises d'estomac.

V

MM. Thiercelin et Rosenthal ont eu l'occasion d'observer dans le service du professeur Hayem un cas de méningite cérébrale, manifestement déterminée par le microbe décrit sous le nom de méningocoque.

Le nommé D... 39 ans, entre le 16 janvier, avec des symptômes de bronchite généralisée, avec sommets suspects.

Le 28 janvier, à la visite du matin, il est assis sur son lit, l'air un peu hagard; il s'est levé plusieurs fois la nuit précédente; dans l'après-midi, 38°2; intelligence obscure, raideur de la nuque, raie méningitique et paralysie faciale gauche.

Le 23, assoupissement complet, vomissements sans efforts, ventre en bateau, une hémiparésie du gauche avec contracture du côté droit et déviation de la tête à droite; incontinence d'urine et constipation absolue. T. 40°2.

M. Hayem pense à une méningite à méningocoques. Une ponction lombaire reste blanche. Le soir 40°9.

Le 24, mort à 2 heures; une heure après la mort température de 41°8.

Autopsie : Méningite purulente siégeant surtout à convexité.

Les auteurs se sont livrés à de nombreux examens bactériologiques, dont nous allons rapporter les résultats.

Les microbes qui ont été isolés du sang pendant la vie, et du pus méningien après la mort, présentent tous les caractères morphologiques et bactériologiques attribués au méningocoque.

Dans le pus méningien, les microbes existaient surtout en dehors des leucocytes, mais quelques-uns étaient intra-cellulaires. Les premiers présentaient tous les caractères décrits par Bonome au streptococcus meningitidis capsulatus. Parmi les microbes vus dans les leucocytes, certains avaient l'aspect et la coloration des microbes extra-cellulaires, c'est-à-dire qu'ils se présentaient avec l'aspect de diplocoques lanceolés et capsulés, et prenaient le Gram ; d'autres, au contraire, se présentaient sous la forme de grains isolés, ou de diplocoques arrondis et même réniformes, ne prenant pas le Gram, sans capsule ou avec une capsule peu apparente.

Les cultures obtenues avec le sang du bras montraient au bout de vingt-quatre heures des colonies plus apparentes que ne le sont ordinairement celles du méningocoque, qui sont transparentes comme celles du pneumocoque.

Les inoculations aux animaux ont démontré que ce méningocoque était particulièrement virulent, puisqu'il a tué avec septicémie, et cela après injection sous-cutanée, la souris en quarante-huit heures et le lapin jeune en vingt-quatre heures.

Le passage par les animaux a exalté la virulence et on a pu arriver à tuer la souris en moins de dix-huit heures. Les lapins adultes ont mieux résisté ; chez l'un d'eux on a trouvé deux abcès sous-cutanés dus au méningocoque.

Comment doit-on classer le méningocoque? Pour certains auteurs c'est un organisme spécial, pour d'autres une variété de pneumocoque.

On doit noter des différences capitales entre le méningocoque et le pneumocoque; en outre, dans certaines

cultures, datant de quelques jours, le microbe se présentait sous forme de chaînette et le groupement par paire disparaissait. Cette apparence, jointe à l'aspect que présente la culture sur les tubes de gélose, la chute de l'oreille des lapins inoculés dans le tissu cellulaire, faisaient penser au streptocoque les auteurs de ce travail ; cependaut le passage par les animaux rend au microbe son aspect primitif.

VI

(*Séance du 24 février*). — M. Thibierge présente à la Société un nègre atteint de maladie d'Addison. Théoriquement, il n'y a pas de raison pour que le nègre, qui se tuberculise si facilement, échappe à la cachexie surrénale ; cependant les recherches de l'auteur ont été sans résultat.

Le cas est indubitable ; la maladie d'Addison est prouvée par la pigmentation du revêtement muqueux, par l'exagération de la pigmentation cutanée, par l'asthénie générale et les douleurs lombaires.

VII

MM. Achard et Castaigne, lorsqu'ils ont proposé en 1897, l'épreuve du bleu de méthylène pour apprécier la perméabilité rénale, ont insisté surtout sur le début de l'élimination de la matière colorante. Ils ont indiqué cependant que la durée de l'élimination présente à l'état pathologique de grandes variations.

Ils ont déjà dans une autre communication signalé l'importance de l'élimination prolongée comme signe d'imperméabilité rénale et ils ont rapporté plusieurs cas de

néphrites chroniques dans lesquels la durée atteignait 5, 6 et 8 jours.

Ils ont fait depuis un grand nombre d'observations et ils estiment que l'élimination prolongée constitue par elle-même un indice d'imperméabilité rénale.

Ils rapportent 52 observations dans lesquelles on peut relever cette élimination prolongée.

VIII

M. Rendu lit deux observations de maladie d'Addison avec autopsie.

La seconde observation nous présente un intérêt thérapeutique particulier : en effet, il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, présentant les signes évidents d'une maladie d'Addison avec quelques symptômes indiquant de la tuberculose avec localisation très peu marquée au sommet gauche ; l'état général ne paraissait pas autrement mauvais le 18 janvier, douze jours avant sa mort, moment où a été décidé le traitement opothérapique.

Le 20 janvier, le malade avale une capsule surrénale de veau pesant environ 15 à 20 grammes, hachée menu et mêlée à du bouillon tiède.

Le lendemain, 21 janvier, nouvelle ingestion d'une capsule surrénale dans les mêmes conditions.

Le soir de ce jour, il se plaint de tension épigastrique et d'une sensation de gêne abdominale ; il a un certain degré d'oppression, non justifié par l'auscultation de la poitrine.

Le 22, ingestion d'une capsule surrénale de 20 grammes environ. Le malade pèse 55 kilogrammes, soit 1 kilogr. 1/2 de plus que le 17 janvier. Cet accroissement

subit inspire des doutes au Dr Rendu qui croit à une erreur de la balance.

Même traitement le 24 : ingestion d'une capsule surrénale ; la veille, le boucher a oublié d'en apporter et on n'a pas voulu lui faire consommer celles qui restaient de la distribution du jour précédent.

Le 25 janvier, explication de l'accroissement de poids du malade en constatant un certain degré d'œdème des jambes. Les urines, immédiatement examinées, décèlent des traces notables d'albumine (20 centigr. environ à l'albuminimètre d'Esbach). Le malade se plaint de gêne douloureuse et de tension à l'épigastre, ainsi que d'une pesanteur lombaire ; il est beaucoup plus faible que les jours précédents et garde le lit.

Le 27 janvier, il consomme, pour la dernière fois, avec dégoût, la moitié d'une capsule surrénale de veau. Dans la journée, il est pris de diarrhée bilieuse et se trouve très abattu. La douleur des reins augmente manifestement. (Régime lacté, ventouses scarifiées sur les reins).

Le 28 janvier. Légère bouffisure des paupières, œdème des jambes et du scrotum, peu d'urine. Celle-ci précipite en masse par l'acide nitrique, et le réactif d'Esbach y décèle plus de 2 grammes d'albumine. Dans la journée, le malade est somnolent, malgré la diarrhée qui continue.

Régime lacté : caféine, 0,50.

Le 29 et le 30, les signes d'urémie s'accentuent et le malade est très déprimé ; il ne présente cependant qu'un degré modéré d'œdème aux membres inférieurs et peu d'ascite. Il est calme, un peu somnolent, sans délire, sans dyspnée, il tousse un peu et le poumon droit présente

des râles. L'état, tout en étant sérieux, ne paraît pas immédiatement, ni même prochainement grave.

Dans la soirée du 30 janvier, le malade s'endort tranquillement. L'infirmier de veille le trouve vers 5 heures du matin mort dans son lit sans qu'aucun de ses voisins se soit aperçu de sa fin. Il paraît avoir succombé presque subitement.

L'autopsie montre une tuberculose pulmonaire assez avancée. Les capsules surrénales sont tuberculeuses, surtout la gauche qui est transformée en une sorte de caverne remplie d'un pus caséeux.

M. Rendu se demande si l'ingestion d'une dose assez forte de capsule surrénale n'est pas la cause de cette terminaison fatale à brève échéance.

Il rapproche ces accidents de ceux qui se produisent après l'absorption du corps thyroïde, quand on n'emploie pas toutes les précautions désirables.

M. Beclère se demande s'il n'y a pas dans ce cas simple coïncidence. Il rappelle le cas de cet addisonien, guéri depuis trois ans, qu'il a présenté à la Société. Cet homme avait été soumis à l'opothérapie surrénale sous ses divers modes : ingestion de capsules fraîches et injections sous-cutanées d'extrait hydro-glycérinés de suc surrénal. Aucun accident n'a troublé ce traitement poursuivi pendant plusieurs mois avec d'assez fortes doses, puisqu'un jour il ingéra jusqu'à 60 grammes de capsules surrénales de bœuf.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS ET ANGLAIS

Notes sur de nouveaux remèdes, par Malcom Macfarlan

Glande thyroïde. — Les expérimentations sur l'homme sain furent faites avec une 30e dilution décimale à l'eau, Les premiers symptômes notés furent : une respiration suspirieuse, troublée et irrégulière, de l'anxiété respiratoire, comme si la poitrine était comprimée par des vêtements trop serrés. L'expérimentateur se rend compte qu'il est obligé de faire des efforts pour respirer. Du côté du larynx on ne constate pas d'autres symptômes que le besoin de se nettoyer la gorge de temps en temps. La constriction de la poitrine ne durait qu'assez peu de temps mais montrait de la tendance à reparaître plusieurs fois par jour. En même temps il y avait accélération du pouls, crainte, nervosité, anxiété, peu de goût pour prendre de l'exercice.

Au point de vue clinique, ce remède s'est montré curatif de diverses formes d'asthme, de crises d'hystérie avec troubles respiratoires et état mental ci-dessus mentionné On a obtenu des résultats surprenants dans deux cas de goître exophltamique au point de vue du soulagement pour la respiration. Il a été aussi très utile pour soulager l'oppression des gens âgés,

Protonucleine. — Ce médicament a été également expérimenté à la 30e décimale à l'eau. Son principal effet est dediminuer l'hypertrophie des amygdales surtout chez les

enfants et parfois aussi l'engorgement de ganglions lymphathiques dû soit à la scrofule soit à la syphilis.

Bacillus prodigiosus et toxines de l'érysipèle. — Le Dr Macfarlan dit avoir eu des résultats surprenants avec la 30e décimale à l'eau d'un liquide qu'il avait reçu de l'Institut Pasteur de New-York et qui contenait du bacillus prodigiosus et des toxines de l'érysipèle. Les symptomes les plus constants étaient : frisson, froid, nervosité tremblements pendant quatre ou cinq minutes et revenant fréquemment pendant la journée. Il n'y avait ni fièvre ni sueur à la suite mais une réaction douce avec une sensation de faiblesse et un peu de nausée. Comme état mental : crainte d'être au début d'une maladie sérieuse. Urine diminuée et très foncée. On l'a employé avec grand succès dans un cas de gangrène de la jambe chez un diabétique, mais le diabéte n'en fut nullement modifié. On peut l'employer dans les cas d'empoisonnement du sang, gangrène, infection purulente, scarlatine maligne, pustule maligne, gangrène de la peau des jambes dans les affections rénales avancées.

Ichthyol. — Donné á l'intérieur à la 30e décimale chez l'homme sain, ce médicament produit de la chaleur et de de l'irritation de la peau, une disposition à des selles molles, non moulées et de fréquents besoins d'uriner.

Au point de vue clinique, il ne semble y avoir rien de supérieur à ce médicament pour ces toux d'hiver des vieillards qui sont si difficiles à faire passer. Les démangeaisons qui accompagnent souvent le diabète s'en trouvent aussi fort bien. De même pour l'eczéma des membres inférieurs chez les vieillards. On peut d'ailleurs dans ces cas employer en même temps l'ichthyol dilué à l'extérieur. (*The Hahnemannian Monthly*).

PALLADIUM PAR WILLIAM YOUNG.

Les prinpaux symptômes que produit ce métal se manifestent surtout du côté de l'esprit et des organes génitaux de la femme, bien qu'il agisse aussi sur la peau, mais à un moindre degré.

Les symptomes mentaux sont probablement d'origine sexuelle. Leur caractéristique est le besoin d'approbation. Aussi la malade est-elle heureuse et contente quand elle sent que les personnes qui l'entourent l'approuvent et au contraire, elle est irritable et de mauvaise humeur lorsqu'elle s'aperçoit qu'on n'approuve pas ses actes et ses paroles, et elle peut arriver à employer les gros mots envers son entourage. De plus, la malade s'imagine facilement qu'on la méprise et qu'on la néglige. Enfin, on constate parfois un peu d'appréhension et de tristesse.

Du côté des organes génitaux, Palladium affecte surtout le côté droit du bassin et l'ovaire droit. Ce dernier est induré et augmenté de volume et les parties environnantes sont très sensibles à la pression. Elancements de l'ombilic vers les seins et vers la cuisse droite. Pesanteur dans le ventre avec sensation de masse quitend à s'abaisser dans la région utérine. Leucorrhée transparente pire plutôt avant qu'après les époques. Les douleurs et la pesanteur sont accrues par le mouvement et bien que la malade ne puisse marcher sans souffrir, elle souffre encore plus en restant debout. Elle est mieux couchée et surtout sur le côté gauche. Certaines douleurs sont soulagées par les frictions. Ces symptômes pelviens s'accompagnent toujours des symptômes mentaux décrits plus haut.

Du côté de la tête, on constate une douleur sur le

dessus de la tête, d'une oreille à l'autre avec sensation d'un balancement de la tête en avant et en arrière.

Du côté de la peau, il y a des démangeaisons marquées semblables à celles que produisent les puces et quelquefois une légère éruption.

En terminant, l'auteur recommande fortement ce remède dans l'ovarite droite s'accompagnant des symptômes mentaux qui le caractérisent. (*The North American Journal of Homœopathy.*)

Individualité des remèdes par Stambach.

Ce travail est destiné à montrer qu'il faut choisir les remèdes d'après leurs caractéristiques mentales.

Aconitum. — Ne produit jamais aucun effet si le malade n'est pas nerveux, plein d'appréhension, anxieux, agité, altéré, et tourmenté par la peur de mourir.

Bryonia. — Malade tranquille de mauvaise humeur, boit beaucoup d'eau.

Belladonna. — Malade fortement coloré, avec température élevée, sueurs, battements, soubresauts facilement.

Chamomilla. — La douleur rend malhonnête, désir de remuer.

Anacardium. — Le malade jure comme un troupier.

Nux vomica. — Malade ennuyeux, bilieux, irritable, d'une sensibilité exagérée, un vrai clubman.

Sulphur. — Malade mal peigné, au teint basané, eczémateux et qui est grand ennemi des bains.

Capsicum. — Paresseux, gras, facilement en sueur, relâché, maladroit dormant peu et ayant le mal du pays.

Abiès nigra. — Il vous semble que vous avez avaler un œuf dur tout entier.

Acidum acet. — S'attriste de sa maladie et de ses enfants hecticité, œdème, amaigrissement, diarrhée, anasarque avec soif, croup avec rougeur de la face.

Bromum. — Blond yeux bleus; dans le croup.

Cactus. — Taciturne, triste, on se croit incurable et on craint l'avenir, constriction.

Calcarea carb. — Blond, mollesse, gras, crainte de perdre la raison, sueur de la tête, du cou et du haut de la poitrine, amateur d'œufs, pieds froids et visqueux.

Calc. phos. — L'enfant ne peut pas supporter sa tête, brun; maux de tête des écoliers avec diarrhée; répare les os, combat le rachitisme; enfants molasses et amaigris qui ne peuvent pas se tenir debout ni apprendre à marcher.

Camphora. — Douleur améliorée pendant qu'on y pense; sueurs, collapsus avec selles abondantes; froid mais sans désir d'être couvert; personnes blondes, faibles et irritables.

Cannabis indica. — Exagération du temps qui semble plus long et de l'espace qui semble immense; sensations bizarres dans le corps, légèreté, sentiment comme si on pouvait voler.

Cantharis. — Haine, pâleur de la face pendant la douleur.

Apis. — Plaintes, manque de soif, difficulté pour uriner, bouffissure, enflure de la paupière inférieure.

Argentum nitricum. — Désir irrésible de sucre qui cause la diarrhée; différents malaises avec constipation.

Chelidonium. — Douleur sous la pointe de l'omoplate droite; désir de lait qui fait plaisir.

Cicuta. - Spasme tonique qui se réveille au plus léger

attouchement ou si l'on ouvre une porte ou si l'on parle haut.

Cistus. — Désir de nourriture acide ou de fruits, mais après les avoir mangés, diarrhée et douleur.

Cocculus. — Insomnie maniaque.

Coffea. — Mal de dent amélioré par la glace ou de l'eau froide dans la bouche.

Colchicum. — Aversion pour l'odeur de la nourriture.

Digitalis. — Pouls petit, irrégulier ; pouls extrêmement lent surtout pendant le repos ; pouls accéléré plein et dur par le mouvement, intermittence toutes les trois, cinq ou sept pulsations.

Dioscorea. — Coliques, on marche en double, pires, étant couché, améliorées en se tendant ou en se levant et marchant ; douleur constante ; flatulence, spasmes de l'estomac.

Colocynthis. — On se met en double, ou on s'appuie le ventre contre le coin d'une table ou d'un lit ; grande agitation, fortes plaintes en changeant de position. Pires toutes les cinq ou dix minutes.

Dulcamara. — Diarrhèe de couleur variable, blanche jaune ou verte ; aggravation par le temps humide.

Ferrum picricum. — Verrues après l'échec de Thuya.

Kali bichrom. — Cécité suivie de violents maux de tête nécessité d'être couché, la vision revient avec augmentation du mal de tête.

Kalmia. — Utile quand un rhumatisme articulaire a eu un traitement externe et qu'il en est résulté des symptômes cardiaques. (*Pacfic Coast Journal of Homœopathy*).

Comparaison entre Mezereum et Mercurius par le Dr Hanchett

Mezereum guérit souvent les maladies qui ont été aggravées par le mercure dont il semble être un antidote, et ce médicament réussit admirablement lorsqu'il y a un mélange de syphilis et de mercurialisme après l'échec de de Nitri acidum.

Les douleurs de Mezereum sont promptes et changeantes; elles peuvent être sourdes et profondes, mais quand elles affectent les os la douleur semble au patient siéger à la surface de l'os, tandis que la douleur de mercure est située profondément et comme dans la moelle des os. Mezereum ne cause pas de salivation et n'agit pas aussi profondément sur les muqueuses que Mercurius. Les dents semblent aussi, être trop longues mais elles ne sont pas sensibles ni branlantes, les gencives ne se rétrécissent pas autant, ou bien elles deviennent spongieuses comm esous Mercurius.

Mezereum a guéri, dit-on, la nécrose du maxillaire produite par le phosphore, et on l'a employé avec beaucoup de succès quand les os étaient profondément atteints.

Mezereum appartient au groupe des médicaments cérébro-spinaux, il affecte surtout la sensibilité du système nerveux. Il agit beaucoup sur les viscères abdominaux et produit des selles aqueuses abondantes, ainsi que des coliques sécantes, des nausées et de la gastro-entérite.

Il agit directement sur le périoste des os et surtout du tibia. Les douleurs sont pires la nuit comme celles de Mercurius, mais elles en diffèrent en ce que le mouvement les aggrave tandis que sous Mercurius c'est le repos qui les aggrave.

Il y a aussi une distinction importante à faire pour les éruptions cutanées. Les éruptions de Mercurius sont généralement étalées et de couleur cuivrée, celles de Mezereum sont vésiculeuses et les vésicules ont une pointe blanche au sommet et elles sont quelquefois entourées d'un petit cercle cuivré. Quand les vésicules guérissent, elles forment une petite croûte qui, en tombant, ne laisse pas de teinte cuivrée.

La transpiration du malade de Mercurius ne le soulage pas, ce qui est le contraire pour Mezereum et en plus la sueur n'est pas gluante et visqueuse comme sous Mercurius.

Mezereum a une action primaire sur la peau, il cause une démangeaison intolérable et de l'irritation. Il irrite aussi les organes génito-urinaires à la façon de Cantharis et il détermine une leucorrhée excoriante. Il a aussi le mal de tête et il réussit souvent bien dans la céphalalgie syphilitique, quand le crâne semble trop étroit pour le cerveau. (*Medical Era*).

LATHYRUS SATIVUS PAR DERREY

C'est une plante de la famille des légumineuses dont la symptomatologie a été surtout établie d'après les empoisonnements auxquels son absorption a donné lieu. On peut la résumer de la façon suivante :

Paraplégie brusque depuis la ceinture jusqu'aux extrémités inférieures.

Démarche tremblante et vacillante.

Grande exagération des réflexes.

Raideur et faiblesse des genoux et des chevilles.

Raideur excessive des jambes; difficulté de la flexion,

démarche spasmodique, les jambes s'accrochent et la marche devient difficile ou impossible.

Début brusque de la maladie avec aggravation manifeste par le temps froid et humide.

On observe parfois de l'atrophie des muscles de la fesse.

Les personnes qui ont mangé cette plante marchent sur leurs articulations métatarso-phalangiennes, et le talon ne touche pas le sol.

Impossibilité de se tenir debout, on vacille d'un côté à l'autre, mais l'occlusion des yeux n'a aucun effet. L'exagération des réflexes, jointe à ces derniers symptômes, devrait en exclure l'emploi dans l'ataxie locomotrice.

Débilité et tremblement des jambes.

Raideur des adducteurs de la cuisse.

Démarche chancelante avec les yeux fixés sur le sol.

Impossibilité d'étendre ou de croiser les jambes étant assis.

Sensibilité intacte.

D'après ces symptômes, on voit que ce médicament correspond à beaucoup de phénomènes spinaux, mais surtout à la paraplégie spasmodique. (*Medical Century*).

Dr G. Nimier

REVUE DES JOURNAUX

Traitement des crevasses du mamelon par l'orthoforme

L'orthoforme, que nous avons employé avec beaucoup de succès en pansement dans toutes les plaies douloureuses, est préconisé par MM. Maygrier et Blondel dans le traitement des crevasses du mamelon.

Voici leurs conclusions :

A part une courte cuisson au premier contact, son application, faite dans des conditions normales d'asepsie, c'est-à-dire avec lavages fréquents du sein et mise à l'abri des contages extérieurs, ne nous a paru donner lieu à aucun inconvénient.

L'analgésie apparaît de 1 à 15 minutes après l'application du médicament. La sensibilité du sein à la succion s'établit ordinairement au bout d'un quart d'heure, rarement une heure ou même deux. Elle dure pendant l'intervalle de deux tétées et pendant la tétée suivante. La cicatrisation de la crevasse est certainement hâtée par son emploi.

Le mode d'application paraît importer peu, qu'il s'agisse de la poudre avec pansement sec ou humide, ou de la solution alcoolique saturée (IV gouttes). Cependant, cette dernière paraît provoquer une cuisson plus courte et réaliser l'analgésie plus rapidement. Outre qu'elle permet d'obtenir un contact plus sûr avec toutes les anfractuosités de la crevasse, elle ajoute aux avantages de l'orthoforme, ceux du pansement alcoolique, qui a, dès longtemps, fait ses preuves. C'est donc à la solution alcoolique que nous donnons la préférence. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1er décembre 1898.)

Traitement de la tuberculose par des injections sous-cutanées d'iode

M. Wilson Ingraham considère que dans la tuberculose pulmonaire, la seule méthode thérapeutique vraiment pratique est la voie hypodermique, car il faut respecter le tube digestif des malades et ne pas oublier que tout trai-

tement de cet était morbide peut devoir être prolongé indéfiniment pour ainsi dire : on est, enfin, beaucoup plus certain de l'absorption par l'organisme des substances médicamenteuses.

C'est surtout quand il s'agit de préparations iodées que ces considérations jouent un rôle prépondérant : l'iode, administré par la voie hypodermique, constitue une ressource trop négligée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

La meilleure manière d'injecter l'iode est d'adopter l'association médicamenteuse suivante :

Iode	0 gr. 025
Brome	0 gr. 003
Phosphore	0 gr. 0005
Thymol.	0 gr. 035
Menthol.	0 gr. 035
Huile stérilisée	4 grammes

On commence par injecter XV gouttes de cette solution : on ne donne jamais plus d'une injection par jour : dose quotidienne maxima, 3 gr. 5. La région scapulaire sera choisie pour faire les injections.

Le menthol et le thymol sont là pour enlever à l'iode ses propriétés caustiques ; si on les supprime de la formule, les injections, d'indolores qu'elles étaient, deviennent extrêmement irritantes. La solution, bien préparée, est rouge cerise et absolument limpide.

L'odeur caractéristique du menthol se manifeste peu de temps après l'injection dans l'air expiré par le malade, ce qui démontre que l'action antiseptique locale est obtenue par ce procédé.

En général, les malades commencent à augmenter de

poids au bout de quinze jours de traitement : la fièvre et les sueurs nocturnes cèdent rapidement dans les cas curables. L'expectoration se fait plus facilement et les efforts de toux diminuent d'intensité.

En résumé, on se trouverait en présence d'une méthode efficace, ayant le grand avantage de pouvoir être continuée pendant fort longtemps sans aucun inconvénient. (*Médical Record*, 1er oct.)

Traitement de la constipation chronique par le massage de la région de la vésicule biliaire

Berne a constaté que, chez certains malades, le massage pratiqué exclusivement sur la région de la vésicule biliaire donne des résultats sensiblement comparables à ceux obtenus par le massage abdominal portant sur l'ensemble de l'appareil digestif sous-diaphragmatique.

C'est là une notion qui peut avoir son importance, attendu que, chez certains sujets, l'exécution du massage abdominal « total » est impossible ou contre-indiqué, soit qu'il y ait tumeur abdominale, excès d'adipose sous-ombilicale, hypéresthésie extrême de certaines parties du tégument abdominal, soit encore qu'en raison du jeune âge de certains sujet et de l'exiguité du bassin et de l'abdomen on doive préférer le massage de la région correspondant à la vésicule biliaire en raison de sa plus grande facilité. D'autre part, chez certains malades, la constipation rebelle paraissant devoir être attribuée à ces phénomènes choléstatiques, sur lesquels Spring, du reste, avait jadis attiré l'attention, l'indication de solliciter la contractibilité de la vésicule biliaire semble s'imposer,

Il est évident que l'on devra s'abstenir du massage de la

vésicule chez les sujets présentant ou ayant présenté des phénomènes de lithiase.

L'opérateur, se plaçant au côté droit du malade, peut aisément diriger l'extrémité de ses doigts au-dessous du rebord des fausses côtes et les plonger obliquement vers la face inférieure du foie. Les pressions doivent être dirigées de bas en haut, progressivement et avec une extrême douceur.

Le malade doit conserver la position assise ou demi-assise, les genoux fléchis légèrement sur l'abdomen, au lieu de la position couchée ; la première rend en effet plus accessible, surtout dans l'inspiration, l'appareil biliaire excréteur. Berne conseille de choisir le moment de la journée qui correspond à trois heures après le repas de midi.

Un massage ainsi compris, exécuté pendant dix minutes quotidiennement, suffit pour produire, en quelques séances, 10 à 12 environ, les premières selles obtenues sans l'aide d'aucune médication. Trente à quarante jours sont nécessaires pour assurer une guérison durable.

Le passage régulier de la bile dans l'intestin s'accompagne du retour de la coloration normale des selles de l'abolition de leur fétidité. Le corps reprend de l'embonpoint. (*Revue de thérapeutique médico chirurgicale*, 1er décembre 1898).

L'ORTHOFORME CONTRE LES DOULEURS DE LA STOMATITE CHEZ LES ENFANTS.

Les stomatites aphteuses ou ulcéreuses, très fréquentes dans la première enfance, s'accompagnent habituellement d'une sensibilité douloureuse de la muqueuse buccale qui, en rendant l'alimentation difficile, amène toujours

un affaiblissement plus ou moins prononcé de l'enfant. Il est très difficile de combattre ces douleurs, les applications de cocaïne, surtout lorsqu'on est obligé de les confier à l'entourage du petit malade, n'étant pas exemptes de danger. C'est pourquoi M. le docteur F. Goppert a institué à la clinique pédiatrique de la Faculté de médecine de Breslau des essais relatifs à l'action analgésique que l'orthoforme, substance dépourvue de propriétés toxiques, est susceptible d'exercer chez les enfants dont la muqueuse est enflammée. Ces essais qui ont porté sur cinq cas de stomatite aphteuse ou ulcéreuse grave ont montré que, lorsque dix à vignt minutes avant l'ingestion de nourriture on saupoudre, au moyen d'un insufflateur, les parties atteintes de la muqueuse d'une très fine couche d'orthoforme, on obtient une anesthésie suffisante pour permettre à l'enfant de mâcher des aliments solides sans éprouver la moindre douleur. La seule précaution à prendre consiste à ne pas insuffler le médicament dans l'arrière-gorge ni sur le voile du palais pour éviter la saveur désagréable qui se produit dans ces conditions.

(*Semaine médicale*, 22 février)

BIBLIOGRAPHIE

POUR DEVENIR MÉDECIN

Sous le nom un peu prétentieux des *Livres d'or de la science*, un éditeur commence la publication d'un grand nombre de petits volumes à 1 franc, destinés à former une petite encyclopédie populaire illustrée.

Toutes les sciences doivent être simultanément représen-

tées dans cette encyclopédie, toutes les professions doivent être passées en revue. Le 9e volume est dû à la plume d'un de nos confrères, le Dr Michaud, qui, sous ce titre : *Pour devenir médecin* (1), étudie à fond les conditions de vie du médecin, montre tous les côtés désavantageux et avantageux de la professsion.

Après une introduction « Faut-il faire sa médecine ? » dans laquelle il montre l'encombrement de la profession et les causes de cet encombrement, le Dr Michaud passe successivement en revue : les études médicales, les concours, le budget de l'étudiant en médecine, sa vie à Paris, sa bibliothèque ; il arrive ensuite au choix de l'installation, aux diverses spécialités. Il traite ensuite de la vie professionnelle, des rapports des médecins entre eux, avec les pharmaciens et avec les clients ; il termine par un peu de statistique des étudiants, des médecins en province et à Paris, puis il parle du médecin dans l'avenir ; chapitre un peu noir, montrant le rôle du médecin pratiquant allant en diminuant avec les progrès de l'hygiène, avec l'augmentation des hôpitaux, des cliniques, des consultations, etc.

Ce petit volume est très intéressant et contient une quantité énorme de renseignements ; il peut donc nous rendre de grands services.

Dr Marc Jousset.

A REPERTORY TO THE CYCLOPŒDIA OF DRUG PATHOGENESY.

Le Dr Hughes vient de publier le 3e fascicule du réper-

(1) Librairie Reinwald, Schleicher frères, 15, rue des Saints-Pères.

toire alphabétique faisant suite à la *cyclopœdia of drug pathogenesy*. Ce fascicule contient les symptômes de la fin du système digestif, des organes urinaires, des organes génitaux, et le commencement des organes respiratoires.

D[r] M. J.

VARIÉTÉS

UN PLAGIAT ÉHONTÉ

Nous lisons dans la *semaine médicale* (page 80) sous la rubrique, notes thérapeutiques, l'entrefilet suivant :

LE TARTRE STIBIÉ DANS LA VARIOLE

« Un confrère américain, M. le D[r] J. F. Mc-Connel (de Las Cruces), a pu se convaincre que chez les varioleux l'émétique, administré toutes les 2 à 4 heures à une dose variant, selon l'âge du malade, de 0 gr. 0002 décimilligrammes à 0 gr. 004 milligrammes, atténue considérablement les démangeaisons, diminue la durée et l'intensité de la fièvre de suppuration et réduit au minimum la production des cicatrices varioliques. On obtiendrait ces résultats sans aucun traitement local. »

Je voudrais demander à ce monsieur, par quel raisonnement, ou à la suite de quelles expériences il est arrivé à prescrire le tartre stibié à la dose d'un dixième de milligramme dans le traitement de la variole ; et comme il n'est pas là pour répondre, nous allons examiner toutes les hypothèses qui pouvaient ou ne pouvaient pas le conduire de cette prescription.

Et d'abord, il n'a pas prescrit l'émétique à la dose de un dixième de milligramme comme *évacuant*. Il ne l'a pas prescrit davantage comme contre-stimulant. La première action ne se produit que par des centigrammes d'émétique, et la seconde exigeait, autrefois, 60, 80 centigrammes et même un gramme de tartre stibié.

Mais en dehors de son action évacuante ou contre-stimulante, l'émétique n'a qu'une action homœopathique, et du reste, ce sont seulement les homœopathes qui emploient ces doses infinitésimales.

A moins donc de supposer que le Dr Mac Connell ait le privilège du don de seconde vue, nous penserons qu'il a lu soit dans notre édition française, soit dans notre édition de langue anglaise, le passage suivant de nos éléments de médecine pratique.

« *Tartarus emeticus* à la première trituration (dose 100 fois plus forte qu'un décimilligramme) est le médicament principal de la variole à la seconde période ; ce médicament produit à la peau des pustules analogues à celles de la variole, des pustules dans le pharynx et dans la bouche avec cette accumulation de mucus visqueux propre à la variole. On trouve encore dans sa pathogénie les *vomissements* et la rachialgie. »

Ainsi c'est tout simplement un plagiat. Après cela, nous sommes si riches qu'on peut nous voler sans que nous risquions d'être appauvris; seulement il serait plus honnête de nous emprunter.

Remarquons, en outre, que ce sont les médecins qui ont l'habitude de *demarquer ainsi* le *linge* de leurs confrères qui ont aussi celle de les injurier :

Proh pudor.

P. J.

Le tombeau de Hahnemann

13e liste de souscription

(Souscriptions reçues au secrétariat du Comité.)

	Francs.
M. Bedos, pharmacien	10 »
M. Dr S. Talcott, à Middletown, U. S. A.	25 »
M. le Dr Gabalda, de Paris.	20 »
M. le Dr de Créquy, à Ardres (Pas de-Calais). . .	20 »
M. le Dr Broallier, de Lyon.	10 »
3e versement du tronc de l'hôpital Hahnemann, à Neuilly.	15 »
M. le Dr Serrand, de Paris	20 »
Liste de décembre du « Journal belge d'homœopathie ».	
M. le Dr Seutin, de Bruxelles.	100 »
M. le Dr de Wée, de Bruxelles.	50 »
M. le Dr de Kéghel, de Gand.	10 »
M. Vleugels, pharmacien, à Bruxelles	10 »
M. le Dr Coumout.	5 »
« Homœopathie World janvier 1899. »,	
E. C. P. — 1 livre.	25 »

(Souscriptions envoyées par M. le Dr B. James, de Philadelphie.)

	Dollars	
Southner California homœop. med. Society.	25	153 »
Dr H. M. Fiske, Brooklyn.	5	
		473 »
Listes précédentes		12.650.90
Total. . . .		13.123.90

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

AVRIL 1899

HOPITAL SAINT-JACQUES

FONDÉ PAR LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE

DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES BIENFAITEURS

le 26 *mars* 1899.

Le Dr P. JOUSSET, président de la commission administrative, ouvre la séance en ces termes :

Mesdames et Messieurs,

Il semble assez naturel d'ouvrir une assemblée de bienfaiteurs par une demande d'aumônes. Je ne m'excuserai donc point d'avoir à vous demander que, cette année plus que jamais, vous considériez notre Compte rendu comme lettre de quête

Voici le motif de cette insistance particulière.

La vente que nous faisons tous les deux ans et qui devait avoir lieu cette année, est remise à l'année prochaine. L'absence et la maladie de plusieurs de nos dames patronnesses, l'inachèvement du nouveau bazar de la

Charité nous ont contraint à renoncer à notre vente pour 1899. Elle se trouve ainsi remise à l'année 1900, un peu avant l'ouverture de l'Exposition universelle.

D'ici là nous avons de pressants besoins que nos ressources ordinaires ne nous permettent point de couvrir. La lingerie surtout exige un renouvellement partiel fort coûteux. Nous vous prions donc, Mesdames et Messieurs, de vouloir bien nous venir en aide avec votre charité accoutumée.

Vous pourrez adresser vos affrandes aux dames patronnesses et aux Membres de la Commission d'Administration.

Le D[r] NIMIER présente le compte rendu médical pour 1898.

Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport médical de l'hôpital Saint-Jacques pour l'année 1898. Comme vous allez le voir, nous avons encore pu, cette année, grâce à vous, faire profiter de nombreux malades des bienfaits de l'homœopathie et des soins si dévoués de nos admirables religieuses.

Le 1[er] janvier 1898, il y avait en traitement dans les salles de l'hôpital 35 malades ; dans le courant de l'année il en est entré 293, soit 108 hommes et 185 femmes ; ce qui fait un total de 328 que nous avons eu à soigner pendant l'année 1898. Ils ont fourni ensemble 11.249 journées de malade. En outre 7.596 consultations gratuites ont été données aux personnes du dehors.

La mortalité s'élève pour les 328 malades de l'hôpital à 32 décès, ce qui représente un peu moins de 10 p. 100, pourcentage un peu inférieur à celui de l'année précé-

dente, mais bien supérieur encore à celui que nous voudrions pouvoir vous présenter. Ces décès sont constitués comme suit : Phtisie 17, Maladie de cœur 4, Cancer 4, Méningite tuberculeuse 2, Apoplexie cérébrale 2, Fièvre typhoïde 1, Salpingite 1, Hernie étranglée 1.

Cette énumération appelle quelques observations : La première, c'est que presque tous nos décès sont produits par des maladies inguérissables ou très graves comme la phtisie, les maladies de cœur, le cancer, la méningite tuberculeuse, l'apoplexie cérébrale et que les décès causés par les maladies aiguës sont excessivement rares : 1 fièvre typhoïde, 1 salpingite, 1 hernie étranglée. Nous serions donc en droit de dire que nous n'avons eu que 3 décès de maladies aiguës et encore les deux derniers ressortissent plus à la chirurgie qu'à la médecine. Il nous serait donc facile de vous apporter des statistiques superbes avec moins de 1 p. 100 de décès, mais pour celà, il nous faudrait refuser d'accepter dans nos salles, de malheureux poitrinaires qui n'y entrent guère que pour y finir en paix et ces pauvres cancéreuses déjà repoussées des hôpitaux de l'Assistance publique. Nous n'en avons pas le triste courage et nous sommes assurés d'avoir votre complète approbation en agissant comme nous le faisons. L'humanité et la charité nous font un devoir de passer par dessus nos règlements. Quant aux maladies qui ont été soignées à l'hôpital Saint-Jacques, elles se décomposent comme suit :

Fièvre	6	Maladies du foie	4
Fièvre typhoïde	5	Tuberculose pulmonaire	23
Grippe	4	Méningite tuberculeuse	2
Oreillons	4	Péritonite tuberculeuse	1
Rhumatisme	19	Urémie	1

Rougeole	24	Apoplexie cérébrale	4
Scarlatine	16	Névrite et névralgie	5
Anémie	5	Neurasthénie	3
Érysipèle	4	Métrite	6
Angines	12	Salpingite	4
Gastrite	12	Affections des organes génitaux de l'homme	7
Gastralgie	4	Hydarthrose et tumeur blanche	4
Bronchite	9	Affections des veines	6
Asthme	6	Maladie de la peau et du cuir chevelu	5
Pneumonie et broncho-pneumonie	7	Cataracte	5
Pleurésie	4	Ophtalmie	3
Maladie de cœur	9	Cancer	7
Entérite	4	Tumeurs diverses	7
Appendicite	5	Hernie	3

Le reste est constitué par diverses affections médicales et chirurgicales.

Le Dr Marc Jousset, trésorer, lit le rapport financier pour l'année 1898.

Avoir :

En caisse le 1er janvier	9.504,50
Rentes (titres en portefeuille)	6.602,20
— (titres chez le notaire)	10.064,80
Bénéfices du compte courant (Crédit Lyonnais)	32,70
Souscriptions et dons	2.079,00
Produits de l'hôpital (chambres payantes, dons des malades et de leurs bienfaiteurs)	22.296,30
	50.579,50

Dépenses :

Nourriture.	15.474,40
Vin (entrée et port).	932,00
Cognac et rhum.	88,00
Eclairage.	1.671,90
Eau.	474,15
Blanchissage.	1.745,75
Divers(chaudr., porcel.,verre,laborat.,etc.)	1.460,15
Lingerie.	500.00
Contributions.	1.823,80
Charbons.	2.871,20
Assurances	86,65
Honoraires de l'architecte.	91,00
Mémoires : Lepautre, horloger	40,00
— Collin (instruments)	183,10
— Sgrena (fumiste)	820,40
— Dubief (ciment).	123,20
— Aubry (instruments)	23,00
— Delaroche, plombier.	2.000,00
— Table d'opération	375,00
— Dubrugeaud, maçon	1.000,00
— Chardin (électricité).	2,70
Intérêts du terrain.	3.000,00
Divers (impression, etc.).	132,00
Frais du Crédit Lyonnais.	27,90
— du notaire.	3,60
Traitement des internes.	1.200,00
— de l'aumônier.	750,00
— des sœurs.	1.700,00
— du concierge.	1.800,00
Domestiques, gardes de nuit, etc. . . .	1.860,00
	42.259,90

Balance :

Avoir.	50.570,50
Dépenses.	42.259,90
Reste au 1er janvier 1899.	8.310,60

Comme vous pouvez vous en rendre compte par ces chiffres, nous avons encore besoin de vos secours ; le chapitre souscriptions et dons a beaucoup diminué sur les années précédentes et notre vente étant remise à 1900, nous osons espérer que vous vous montrerez cette année très généreux et que vous voudrez continuer votre œuvre, en nous envoyant de plus larges offrandes.

ECOLE FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE

LE CHOLÉRA

Messieurs,

Dans une première conférence, M. le Dr Jousset vous a exposé les principes de la doctrine homœopathique. Maintenant, mes collègues et moi, nous allons vous entretenir de ses applications.

D'abord une question se pose : quand est-elle applicable ? J'ai entendu des médecins dire que l'homœopathie n'est qu'une branche de la thérapeutique. Beaucoup de mères de famille savent que nous avons du succès dans la coqueluche et s'adressent à nous lorsqu'un de leurs enfants est atteint de cette maladie ; mais s'il s'agit d'une pneumonie, il leur faut un traitement soi-disant plus éner-

gique. Ceux que leur profession oblige à parler ou à chanter, comme les professeurs, les prédicateurs et les artistes dramatiques, surtout les chanteurs, savent que notre traitement est excellent pour le larynx et rend rapidement la voix, aussi sommes-nous très bien vus dans les théâtres. Mais s'il leur survient une fièvre typhoïde, ils demandent un allopathe parce qu'il leur faut des désinfectants un peu sérieux. Or, maintenant que vous connaissez l'énoncé de la loi des semblables, qui est la base de notre doctrine, vous savez que les termes en sont généraux et ne s'appliquent pas à une maladie ou à un médicament en particulier; il s'appliquent à tous. Ou cette loi est vraie, ou elle est fausse, et l'expérience seule peut nous fixer sur ce point. Si elle est vraie, l'homœopathie n'est pas une branche de la therapeutique, elle en est le tronc et même la racine ; tout le reste doit passer au second plan. Si elle est fausse, l'homœopathie n'est rien et il ne faut pas plus s'en servir dans le traitement du rhume de cerveau que dans celui du choléra, que nous allons étudier aujourd'hui.

Que faut-il faire pour appliquer l'homœopathie ? Reportons-nous encore à l'énoncé de la loi des semblables, qui nous dit que la maladie est guérie par le médicament qui produit chez l'homme sain un *ensemble* de phénomènes semblable à l'*ensemble* de ceux qu'on observe chez le malade. Il s'ensuit que la thérapeutique homœopathique repose sur deux opérations distinctes : la recherche de la totalité des symptômes du malade et celle de l'action physiologique des médicaments, étudiée dans tous ses détails. Quand on connaît la totalité des symptômes du malade, on possède certes tous les éléments nécessaires pour porter un diagnostic et je vous assure que nous ne négligeons pas cette partie de notre tâche. Pour nos confrères

allopathes, qui ne connaissent aucune source d'indications thérapeutiques en dehors de la maladie, le diagnostic pathologique est tout et ce qui ne sert pas à l'établir est pour eux lettre morte. Nous, au contraire, nous ne nous contentons pas des signes *pathognomoniques* ; il nous faut aussi des signes *pharmacognomoniques*. Ceux-ci sont le plus souvent des phénomènes subjectifs parce que notre matière médicale, qui se compose uniquement de faits observés sur l'homme, ne peut pas contenir de lésions ni de troubles fonctionnels capables de mettre la vie en danger. Aussi basons-nous le choix de nos médicaments sur la prise en considération d'accidents qui pourront vous paraître oiseux ou futiles, mais qui n'en sont pas moins sûrs.

En résumé, le médecin homœopathe est comme le chef du laboratoire d'anthropométrie, qui commence par prendre dans tous ses détails le signalement d'un prévenu et qui cherche ensuite dans ses fiches, s'il n'y en a pas une contenant déjà ce signalement. Nous commençons par réunir tous les renseignements qui concernent le malade, puis la matière médicale peut être considérée comme la collection de fiches parmi lesquelles nous devons trouver celle qui correspond exactement à son état morbide.

Appliquons maintenant ces données au traitement du choléra.

Choléra confirmé. — Nous allons d'abord, pour être plus clair, envisager sa forme commune, arrivée à la période d'état ou d'algidité. Il est alors caractérisé par une diarrhée séreuse, composée de selles blanches, liquides, contenant en suspension des corpuscules blancs ressemblant à des grains de riz, d'où leur nom de selles rizi-

formes. A la diarrhée s'ajoutent des vomissements avec soif, douleurs abdominales, crampes dans les membres, suppression des urines, froid intense, peau froide, visqueuse et cyanosée, yeux caves, facies hippocratique, faiblesse extrême, fréquente, petitesse, puis disparition du pouls, extinction complète de la voix.

On retrouve ce tableau symptomatique dans l'intoxication par l'*Arsenic*. M. le D[r] Jousset, dans son traité de *Matière médicale*, décrit une forme cholérique de cette intoxication qui ressemble en tous points au choléra asiatique. Aussi l'*Arsenic* est-il un des principaux médicaments de cette maladie ; nos confrères allopathes eux-mêmes commencent à le reconnaître.

Un autre médicament rivalise avec lui, c'est l'*héllébore blanc* (*Veratrum album*), déjà recommandé empiriquement par Hippocrate. L'association de la diarrhée, du vomissement et du refroidissement, c'est-à-dire l'algidité, indique spécialement le *Veratrum*, tandis que les indications de l'*Arsenic* sont : l'anxiété, l'agitation, la sensation de brûlure interne, l'anurie, la dysphagie et la suppression complète du pouls.

Les manifestations du choléra sont, en général, assez peu variées ; cependant il y en a quelques-unes qui sont quelquefois si intenses et qui dominent tellement les autres qu'elles nous imposent le choix de médicaments particuliers. Ainsi le froid est souvent ce qui domine, surtout au début ; alors il faut donner le camphre (*Camphora*). Le froid du choléra est à la fois subjectif et objectif. J'ai soigné, l'été dernier, une dame atteinte de choléra nostras chez laquelle dominaient le froid et les crampes. Pour la soulager, on lui frictionnait les jambes avec des serviettes

chaudes, et il lui semblait qu'on lui promenait des glaçons sur le corps.

Lorsque les crampes prédominent, il faut donner le cuivre (*Cuprum*) qui, outre les principaux accidents cholériques, produit au suprême degré ce phénomène si douloureux.

Dans les formes graves, lorsque les médicaments précédents n'ont pas réussi à enrayer le mal, nous avons encore une ressource dans l'ergot de seigle (*Secale cornutum*), qui répond à l'anurie avec phénomènes urémiques (abattements excessifs, stupeur, somnolence, délire, dilatation des pupilles), aux selles riziformes et à la perte de la voix.

Enfin lorsque le malade, épuisé par des évacuations incessantes, se trouve dans un état de collapsus voisin de l'agonie, on peut encore espérer d'obtenir une réaction grâce au charbon de sommité de peuplier (*Carbo vegetalis*).

Formes. — Outre la forme commune, que nous venons de décrire, il y en a trois autres très distinctes et qui réclament des agents spéciaux : 1° forme foudroyante ou asphyxique d'emblée ; 2° forme sèche ; 3° forme ataxique.

1° Une forme d'empoisonnement par l'aconit ressemble exactement au choléra asphyxique d'emblée ; le professeur Imbert-Gourbeyre, dans sa remarquable étude sur cette renonculacée, a mis ce point en évidence. Il y a une trentaine d'années, Cramoisy a communiqué à la Société homœopathique plusieurs cas de choléra grave guéris par lui à l'aide de ce médicament.

Voilà donc une indication confirmée à la fois par la clinique et par la matière médicale.

Je vous recommande aussi l'acide cyanhydrique (*Acid.*

hydrocyanicum) qui produit un grand nombre de phénomènes asphyxiques : froid, cyanose, convulsions, etc.

2° La forme sèche est peut-être la plus grave. Elle est caractérisée, comme vous savez, par l'absence d'évacuations d'aucune sorte. En pareil cas, l'*Arsenic* est encore le médicament souverain. Le Dr Jousset, dans sa *Matière médicale*, a signalé une forme d'empoisonnement arsenical qui répond tout à fait à cet état : la mort survient sans qu'il y ait ni selles ni vomissements ; le patient tombe d'emblée dans le collapsus, il survient des convulsions épileptiformes et une syncope met fin à la vie du malade.

En 1849 mon grand-père a traité deux cas de choléra sec avec succès. Dans l'un il a donné *Chamomilla* 3, deux gouttes sur du sucre toutes les dix minutes ; la réaction était complète au bout d'une heure. Dans l'autre c'est *Camphora*, administré toutes les cinq minutes, qui a produit le résultat désiré.

3° *Forme ataxique.* — Deux médicaments conviennent spécialement à cette forme : le *Secale* et le *Phosphore*.

Dans les effets de *Secale* on trouve l'ataxie ; la peau brûlante, avec le pouls lent et déprimé ; le désaccord entre la température et le pouls. On trouve aussi des phénomènes cérébraux, respiratoires et intestinaux qui correspondent aux formes les plus graves de la maladie.

L'empoisonnement par le phosphore a souvent une marche insidieuse, bénigne au début et mortelle bientôt après. Ce médicament agit plus sur le tube digestif et les voies respiratoires que sur le cerveau.

Cholérine. — Habituellement la maladie ne débute pas par le cortège de symptômes que nous venons de décrire.

La diarrhée est toujours précoce et précède souvent toute autre manifestation, c'est ce que appelle la diarrhée prémonitoire.

Mais les matières sont d'abord fécales et ne deviennent que graduellement séreuses et décclorées. On a en même temps de l'inappétence et des nausées auxquelles succède le vomissement. On se refroidit promptement et les traits s'altèrent. On peut donner *Veratrum* dès le début. Si les selles sont glaireuses, sanguinolentes, accompagnées de coliques et de violents efforts, il faut prescrire le sel découvert par Hahnemann et nommé par lui Mercure soluble (*Mercurius solubilis*) ; c'est un sous-nitrate. Lorsqu'il y a des phénomènes gastriques très accentués (vomissements, langue saburrale), *Ipeca* est le médicament qui convient le mieux. Enfin lorsque les selles sont devenues jaune clair, très liquides et accompagnées d'adynamie, il faut donner l'acide phosphorique (*Acidum phosphoricum*) qui est, avec le *Veratrum*, le principal remède de la cholérine.

Celle-ci peut se terminer de deux façons : ou bien les remèdes précédents n'ont pas réussi à l'enrayer et elle dégénère en choléra ; alors il faut donner les médicaments dont nous avons parlé précédemment. Ou bien le mal rétrograde, les selles redeviennent colorées, plus fermes et plus rares ; il ne reste qu'une faiblesse plus ou moins grande. Alors il faut prescrire le quinquina (*China*) qui relève les forces des personnes épuisées par des excrétions exagérées.

Période de réaction. — Au début, lorsque la fièvre se déclare, avec face vultueuse, pouls plein et dur, il faut donner de l'*Aconit*, qui est le remède souverain de la fièvre inflammatoire.

Si, au contraire la réaction prend la forme adynamique et l'aspect typhoïde, les médicaments indiqués sont *Bryonia* d'abord, ensuite le sumac (*Rhus toxicodendron*) lorsqu'à la prostration s'ajoute de l'agitation nocturne ; *Merc. solubilis* quand il y a diarrhée, verte ou sanguinolente ; *Arsenic* contre la diarrhée fétide et débilitante ; *Nux vomica* contre la constipation ; enfin *China* pour relever les forces du malade et achever la convalescence.

Contre les complications cérébrales les médicaments principaux sont : *Belladonna*, s'il y a congestion du cerveau et de la face, yeux brillants, pupilles dilatées et délire furieux, *Hyoscyamus* lorsqu'il y a délire avec carphologie ; enfin *Opium* lorsqu'il y a rétrécissement des pupilles, coma et respiration stertoreuse.

Prophylaxie. — Nous employons somme préservatifs les principaux agents curatifs : le camphre, le vératrum, le cuivre et l'arsenic. Les propriétés prophylactiques du cuivre ont été connues au Japon dès la plus haute antiquité. Chargé conseillait de donner, successivement une fois en quatre jours, le vératrum, le cuivre et l'arsenic. Je trouve cet intervalle de quatre jours un peu trop long et je préfère donner une dose quotidienne. La Société hahnemanienne de Paris, en 1849, conseillait de ne donner à la fois qu'un préservatif choisi d'après les caractères généraux de l'épidémie. Je trouve cette méthode difficile à appliquer, au moins au début, parce que les traits d'une épidémie ne se caractérisent pas dès les premiers jours ; alors avec quoi préservera-t-on ? Cependant il faut reconnaître que pendant l'épidémie de Hambourg en 1890 le préservatif choisi a été le soufre (*Sulfur*) parce que la

maladie commençait par des selles nocturnes, non douloureuses, ce qui est caractéristique de ce médicament.

Ricinus communis. — Vous ne vous attendiez guère à voir le nom du vulgaire et inoffensif ricin accouplé à celui d'une maladie aussi grave que le choléra. Cependant le Dr Majundar, qui réside à Calcutta où le choléra est endémique, s'est servi avec succès de ce médicament. Ses effets sur l'homme sain justifient son emploi. Un journal anglais, le *Medical Times and Gazette* de 1861, cite un homme qui est mort en quarante-six heures après avoir avalé trois graines fraîches. Je vous ferai remarquer que les accidents graves ont été produits par la graine fraîche et non par l'huile que vous connaissez tous. Il faut en conclure que la graine contient des principes actifs qui ne sont pas entraînés dans l'huile obtenue par expression.

Voici les principaux symptômes, qui donnent une image assez fidèle du choléra confirmé : Figure tirée, *face pâle* et traits fortement contractés. — Langue blanche et sèche. — Soif ardente. — Nausées et vomissements liquides, légèrement colorés par la bile et tenant en suspension des filaments muqueux. — Violents vomissements et diarrhée, accompagnés de douleur brûlante dans le gosier et l'estomac, *avec tous les symptômes du choléra asiatique.* — Crampes avec la diarrhée. — Trois ou quatre heures après l'ingestion des graines, les évacuations devinrent plus fréquentes et plus abondantes, s'échappèrent sans coliques sous forme de fluide séreux contenant des mucosités ; au bout de dix heures environ *la diarrhée devint presque incessante*, colliquative, avec l'aspect des selles cholériques. — Anurie complète, le 1er et le 2e jour. — Suppression complète de l'urine depuis qu'on s'est mis à mâcher

les graines ; émission d'une faible quantité d'urine foncée, épaisse et très albumineuse. — Pouls radial de fréquence normale, mais très petit et par moment *à peine perceptible*. — Collapsus accompagné d'évacuations et de vomissements. — Les muscles des membres et du tronc sont affectés de *crampes très douloureuses*. — Froid. — Frissons avec la diarrhée. — Peau moite et froide, surtout aux extrémités.

Choix de la dose. — Je ne vous parlerai pas des doses infinitésimales, des dilutions ni ni des triturations; cela fera l'objet de la dernière conférence, consacrée à la pharmacopée. Je vous dirai seulement que les diverses doses d'un même médicament produisent des effets différents et que, autant que j'ai pu l'observer jusqu'à présent, il faut donner une dose se rapprochant de celle qui produit sur l'homme sain les phénomènes qu'on veut guérir chez le malade. Ainsi ce sont les doses toxiques d'aconit et d'arsenic qui produisent des accidents cholériformes. Dr Cramoisy a guéri ses cholériques avec des potions de quarante gouttes de teinture mère d'aconit; le Dr Paasch, de Hambourg, a eu en 1890 des succès extraordinaires avec une solution arsenicale au 5000e. Pour le camphre, Hahnemann a préconisé une solution alcoolique à laquelle il a donnée le nom d'*Esprit de camphre* et qui répond à peu près à la 1re dilution. Le *Carbo vegetabilis*, au contraire, agit mieux à des dilutions élevées, la 12e et même la 30e. Quand aux autres médicaments, on les donne généralement à la 3e ou 6e dilution. Il faut les répéter souvent, toutes les cinq ou dix minutes pendant la période d'algidité.

Role des microbes. — Le choléra est une des maladies

infectieuses qui battent le plus en brèche l'étiologie microbienne. D'abord, ainsi que l'a fait remarquer le Dr Jousset, le bacille-virgule, considéré comme spécifique, manque dans un tiers des cas. Le seul microbe constant est le *bacillus coli communis*, qu'on rencontre aussi dans la fièvre typhoïde, l'entérite simple et même chez les gens bien portants. De plus c'est chez les sujets emportés le plus rapidement qu'on rencontre le moins de microbes ; ceux-ci sont donc des produits et non des causes de la maladie. Enfin Pettenkofer et Emmerich ont démontré que le séjour du fameux bacille dans un estomac sain ne fait pas toujours éclore le choléra. Pendant l'épidémie de 1892 le Dr Paasch a souvent bu, dans des maisons habitées pas des cholériques, de l'eau non bouillie, parce qu'il ne se trouvait pas d'autre boisson à sa disposition, et sa santé est restée excellente. Cependant on avait constaté que l'eau des conduites de la ville était pleine de bacilles du choléra.

Résultats. — Il ne suffit pas de vous indiquer les principaux agents thérapeutiques de l'homœopathie contre le choléra, il faut aussi en prouver l'efficacité par les faits. Or, depuis les recherches de J.-P. Tessier sur la pneumonie et le choléra, jusqu'à l'épidémie de 1892, on a pu réunir un grand nombre d'observations qui ont établi l'écrasante supériorité de l'homœopathie. Voici seulement quelques chiffres, dont les premiers sont tirés d'un rapport publié en 1849 par la Société hahnemannienne de Paris. Sur 901 413 malades traités allopathiquement dans les épidémies antérieures, il y eut 462 581 décès, soit près de 52 p. 100. Sur 17 168 cholériques traités homœopathiquement, 1.682 seulement succombèrent, soit 9,84 p. 100.

En 1854, à Palerme, sur 611 soldats traités homœopathiquement, 25 moururent, soit 4 p. 100. Dans la même année, à Rive-de-Gier, 3 décès sur 145 cas. soit 2 p. 100. Enfin la statistique du Dr Paasch, à Hambourg, en 1892 est tout aussi encourageante. Sur 306 malades atteints de choléra confirmé grave, il en a perdu 8, soit 2,61 p. 100. Il a été moins heureux dans la forme sèche, où il a eu une mortalité relativement énorme, 4 décès sur 6 cas. L'aveu même de cette mortalité garantit la sincérité du reste de la statistique du Dr Paasch et vous reconnaîtrez qu'un total de 13 décès sur 312 cas, soit 4 p. 100, constitue un succès dont on a vu peu d'exemples dans une maladie aussi grave.

Dr Léon Simon

Des Dyspepsies

La dyspepsie n'est pas une maladie, mais un symptôme, soit d'une altération directe d'une des tuniques de l'estomac, soit d'une altération d'un organe éloigné.

DYSPEPSIES PAR ALTÉRATION DIRECTE D'UNE DES TUNIQUES DE L'ESTOMAC

A. Altération de la muqueuse.

La muqueuse de l'estomac peut s'enflammer directement sous l'influence d'une indigestion, d'un refroidissement, d'une absorption de substance toxique (alcool, poisons, etc.), et constituer la gastrite aiguë. Cette affection, caractérisée par une congestion intense, se manifeste le plus souvent par des douleurs vives sous forme de brûlures et de crampes, si la tunique musculaire est

intéressée ; les vomissements sont incessants. Peu de médicaments agiront plus efficacement et plus vite dans une gastrite aiguë caractérisée par des *brulures* et des *vomissements* que l'*arsenic* à toutes les dilutions homœopathiques, l'intoxication arsenicale ayant d'ailleurs pour effet de produire une gastro-entérite brûlante. Avec le régime lacté exclusif et l'arsenic, on a les plus grandes chances d'enrayer une gastrite aiguë : on alternerait seulement *Arsenic* avec *Nux vomica*, si les crampes d'estomac compliquaient la situation. A un degré moins intense de gastrite, on peut conseiller *Pulsatilla* (indigestion par pâtisserie), *Antimonium crudum* (nausées et garde-robes diarrhéiques) *Belladona* (si le sujet est congestif), enfin *Passiflora incarnata*, comme calmant, si le diagnostic est incertain.

La muqueuse stomacale peut être altérée dans la sécrétion de ses glandes, et cet état, d'une importance capitale dans la pathologie de l'estomac, constitue les trois quarts des dyspepsies chroniques ! Tantôt le suc gastrique est sécrété en trop grande quantité et amène l'hyperpepsie ou l'hyperchlorhydrie, tantôt au contraire le rendement est trop faible, et le malade souffre d'hypopepsie ou d'hypochlorhydrie.

Hyperchlorhydrie.

L'hyperchlorhydrie est due à la suractivité des glandes de l'estomac à réaction acide ; cette acidité irrite la muqueuse, et provoque des brûlures. Tout dyspeptique chronique se plaignant de brûlures à l'estomac est un hyperchlorhydrique. La médecine officielle fait une thérapeutique chimique en prescrivant les alcalins, et soulage de la sorte, en neutralisant l'acide par une base. Certains

homœopathes, traitant le mal par le mal, donnent des acides en dilutions, *Acidum nitricum*, *sulfuricum*, *lacticum*, *chlorhydricum*, etc. ; mais je ne crois pas qu'on arrive plus vite avec les acides qu'avec d'autres médicaments plus éprouvés dans la pratique. D'ailleurs ce n'est pas chose facile de diminuer l'hyperchlorhydrie, et le vrai pyrosis. *Arsenic*, dans ce cas, ne réussit pas comme dans les brûlures de la gastrite aiguë (inflammation de la muqueuse) ; *Phosphorus* est très utile avec la caractéristique suivante : brûlure à l'estomac, remontant à l'œsophage comme si le tuyau était rapeux, la bouche et la langue elle-même sont rapeuses. Si l'irritation remonte à l'œsophage et jusqu'à la bouche, *Phosphorus* fait du bien ; au contraire, il soulage faiblement la simple brûlure d'estomac. Je vois dans *Capsicum* un médicament plein de promesse dans le pyrosis ou les brûlures chroniques : il est indiqué dans le livre de thérapeutique de Richard Hughes, et le Dr J. Clarke, dans son excellent petit *Prescriber*, le conseille à la troisième dilution à dose répétée pendant une crise. J'ai guéri un pyrosis assez rebelle en faisant prendre dix gouttes de *Capsicum* (T.-M.) dans une potion de 250 grammes d'eau, deux cuillerées à soupe par jour à jeun. Richard Hughes vante également *Pulsatilla*, en dehors de la souffrance, *Calcarea* pour l'acidité stomacale, *Lycopode* et *Nux vomica* pour le pyrosis; d'ailleurs, acidité, brûlure d'estomac et pyrosis, devraient être réunis dans un même paragraphe. Signalons encore, recommandés dans la littérature homœopathique, les médicaments suivants ; *Iris versicolor* (Hale), *Plumbum* (Mersch), etc., etc.

L'hyperchlorhydrie peu se manifester après les repas ; sous l'influence de l'excitation digestive, l'estomac sécrète

plus qu'il n'en faut pour la digestion ; mais souvent l'hypersécrétion est telle que les malades souffrent à jeun, l'estomac vide d'aliments est rempli de suc gastrique, si bien qu'un repas ou une absorption quelconque d'aliment soulage la dyspepsie en utilisant l'hypersécrétion. Pour ce symptôme, *amélioration en mangeant*, je vous signalerai un médicament dont le nom peut-être vous étonnera, mais qui réussit fort bien entre mes mains, c'est *Conium* : je l'emploie à la douzième dilution. *Conium* a également le maximum de la douleur au niveau du sternum. *Petroleum* est indiqué dans les livres pour le symptôme « amélioration en mangeant » ; il faut pour ce médicament un état nauséeux analogue au mal de mer.

L'alcool et d'autres toxiques ont pour action d'exciter non seulement les glandes à suc gastrique, mais les autres glandes de l'estomac, telles que les glandes muqueuses, et occasionnent la *dyspepsie pituiteuse*, mélange de vomissements glaireux et acides. *Nux vomica* et *Kali bichromicum* sont les meilleurs médicaments à conseiller aux buveurs, en leur recommandant surtout de mettre de l'eau dans leur vin !

Hypochlorhydrie.

Plus fréquente encore de nos jours que l'hyperchlorhydrie, l'hypochlorhydrie est la digestion lente, la bradyspepsie en terme scientifique. L'individu, manquant de suc gastrique pour le faire digérer, ressent tous les symptômes d'une digestion ralentie, flatulence, gonflement d'estomac, pesanteur, congestion, sommeil et impossibilité de marcher après les repas, etc. Chose singulière, dans ces fermentations anormales, provoquées par l'insuffisance du suc gastrique, il se développe des

acides de la putridité qui n'aident pas la digestion, tels que les acides butyrique, acétique et lactique !

Les homœopathes français recommande une alternance de deux médicaments, qui est vraiment un des meilleurs moyens contre la bradyspepsie. C'est *Nux vomica* 6ᵉ donné une demi-heure avant les repas, et *Graphite* 12ᵉ donné deux heures après les repas. Cette indication se trouve dans le livre de thérapeutique du Dʳ Jousset. Dans le cas où le sujet serait nerveux, et d'une grande sensibilité au creux de l'épigastre, l'auteur conseille *Lachesis* à la place de *Graphite*.

En 1892, sur le désir de mon ami, M. le Dʳ Porter, de New-York, j'envoyais au *North Amerian Journal of homœopathy*, une série de petits articles faits par des homœopathes français ; parmi eux, M. le Dʳ Tessier avait bien voulu me donner une note sur *Gratiola*, dans la dyspepsie, comme succédané de noix vomique, surtout chez la femme. Depuis cette époque, j'ai mis à profit l'indication de mon confrère, et je puis affirmer aujourd'hui que *Gratiola* est un médicament dont on ne se sert pas assez et qui mériterait de prendre une place très importante dans le traitement des dyspepsies, surtout chez la femme sans troubles utérins.

Gratiola d'ailleurs détermine, à haute dose, une inflammation de l'estomac et de l'intestin (Orfila). Le principe toxique, la gratioline, est un glycoside ; il n'agit donc pas comme la noix vomique et *Ignatia*, par la strychnine. Aussi Puhlman prétend qu'il ne faut pas voir en *Gratiola* un analogue de *Nux vomica* ou d'*Ignatia* : je répondrai cependant à cela, qu'en matière médicale pure, il y a des médicaments analogues, qui n'ont aucune parenté chimique. *Nux vomica*, médicament surtout utile chez l'homme,

ne réussit pas toujours aussi bien chez la femme ; et je trouve dans l'indication clinique de *Gratiola* à peu près les mêmes symptômes que dans noix vomique : crampes, douleurs et pesanteurs d'estomac, bâillements, dilatation, etc.

Lycopodium est indiqué également dans la dyspepsie, surtout si le foie est intéressé ; manque de sécrétion et de contraction ; besoin de manger et vite rassasié ; envie de dormir après les repas ; constipation, etc.

Bryonia est utile dans la sécheresse de toutes les muqueuses, amenant dans les garde-robes des boules dures comme des crottes de chèvre ; mais le rôle important de Bryonia dans la dyspepsie se trouve surtout sur la tunique musculaire.

Enfin *Anacardium*, remède très vanté et trop vanté, est utile dans la dyspepsie tardive. Le malade se réveille la nuit avec son dîner non digéré.

B. Altération de la tunique musculaire et altération névro-vasculaire

Nous avons dit que la muqueuse pouvait être atteinte de suractivité ou de ralentissement dans sa sécrétion ; la tunique musculaire de l'estomac peut également être le siège d'une tonicité caractérisée par des contractions, crampes d'estomac, spasmes et vomissements, ou présenter l'état opposé, le relâchement musculaire, caractérisé par l'atonie, les flatulences, et la dilatation de l'estomac.

Ces divisions, si utiles pour bien comprendre la pathogénie des troubles de l'estomac, ne sont pas toujours aussi nettement marquées en clinique ; souvent les symptômes s'associent entre eux et montrent des formes mixtes ; c'est ainsi que la muqueuse et la musculaire peuvent être

atteintes dans une gastrite aiguë, et que les altérations muqueuses sont accompagnées de crampes ou d'irritation du réseau nerveux (gastrite et gastralgie, hypopepsie et dilatation de l'estomac) ; l'utilité de ces divisions aussi tranchées n'en est pas moins nécessaire, car autrement la pathogénie des dyspepsies resterait incompréhensible.

Tonicité exagérée de la tunique musculaire

Avant l'état spasmodique douloureux, caractérisé par la crampe, bon nombre de personnes, et surtout les jeunes filles, ont une tonicité du muscle de l'estomac telle, qu'il y a en eux un état nauséeux, désagréable après les repas. Rien ne relâche plus cette irritation maladive de la tunique musculaire que *l'eau bouillante* comme moyen immédiat. Les choses allant au pire, les vomissements surviennent. *Kreosotum* est décidément un des meilleurs remèdes des vomissements nerveux (vomissements de la grossesse, etc.), *Cocculus* a les vomissements sans effort, *Ipeca* est bien homœopathique, *Phosphorus* est très utile dans l'état nauséeux ou vomissement par anémie et faiblesse spasmodique du muscle stomacal ; dans ce cas, le champagne rend les plus grands services. — Si le vomissement ou la nausée tiennent à une irritation de la muqueuse, indigestion ou catarrhe de l'estomac, c'est plutôt *Antimonium crudum*, *Arsenic*, *Pulsatilla*, *Petroleum*, et aussi *Ipeca*. — Je passe bien entendu sous silence les vomissements provenant d'une maladie étrangère à l'estomac.

Quelquefois l'état d'irritabilité de l'estomac ne se manifeste pas par des nausées et des vomissements, mais par des spasmes et des crampes.

L'estomac malade peut amener des spasmes au cardia ou à l'œsophage. Par expérience, je conseille *Baptisia*

comme un des meilleurs médicaments des *spasmes de l'œsophage*; j'en ai trouvé la première fois l'indication dans le livre du Dr Hoyne : *Hoyne's Clinical Therapeutics*; mais le symptôme spasmodique le plus fréquent est la *crampe d'estomac*.

Avec le lait, nous avons un médicament héroïque de la crampe d'estomac, dans *Nux vomica*, surtout chez l'homme, et si la crampe est d'origine purement nerveuse. *Gratiola* remplace avantageusement *Nux vomica* chez la femme. — Il arrive cependant qu'on peut avoir un insuccès contre la crampe d'estomac avec *Nux vomica* et le régime sévère ; dans ce cas, interrogez de nouveau le malade, et demandez-lui si le début des crampes ne coïncide pas avec un refroidissement sur l'estomac, un temps froid, ou s'il n'y a pas d'antécédents rhumatismaux. Les crampes peuvent provenir d'un rhumatisme ou d'une inflammation de la tunique musculaire de l'estomac ; dans ce cas *Bryonia* guérira ce que *Nux vomica* n'a pu faire.

Bryonia a une action très nette sur les muscles de l'estomac ; les symptômes si classiques de sa matière médicale, *sensation de poids à l'estomac*, comme une pierre, et *sensibilité de l'estomac en le touchant ou en le palpant*, indiquent une inflammation musculaire ; et ce sont cliniquement les vraies dyspepsies que la Bryone guérit.

Atonie de la tunique musculaire

L'atonie ou relâchement de la tunique musculaire coïncide le plus souvent avec l'hypopepsie ; c'est la dyspepsie des estomacs faibles. L'estomac, perdant sa tonicité normale, se laisse distendre par les fermentations, et se dilate. — Il est cependant des dilatations de l'estomac sans souffrance ; je dirai même que les grands buveurs de

bière, comme en Allemagne, ayant des dilatations stomacales considérables, en souffrent moins que d'autres car la bière lave l'estomac et empêche les fermentations putrides. La dilatation stomacale peut se réduire peu à peu ; si l'estomac peut reprendre sa tonicité, le régime exerce une influence prépondérante dans le résultat.

Un des symptômes les plus pénibles produits par la dilatation sont les gaz. Il est assez singulier que le médicament absorbant par excellence, le charbon, conseillé à fortes doses contre les flatulences par son pouvoir chimique, agisse également dans le même but à doses ultra-infinitésimales. C'est toujours à dilutions élevées qu'il faut donner en homœopathie soit *Carbo vegetabilis*, soit *Carbo animalis*. Ces deux *Carbo* ne se ressemblent pas tout à fait, car *Carbo animalis* a dans sa pathogénèsie le froid au creux de l'estomac très marqué. Dans plusieurs articles, j'ai eu déjà l'occasion de signaler la merveilleuse action d'*Antimonium crudum* dans les flatulences, surtout pour les renvois sans odeur. Farrington le conseillesurtout pour les flatulences des rhumatico-goutteux ; même sur d'autres terrains, *Antimonium crudum* est capable de rivaliser avec *Carbo*, et même de le surpasser. Signalons aussi en passant *Formica*, qui donne quelquefois de bons résultats.

Le *vertige stomacal* est souvent la conséquence de la dilatation gastrique ; je ne connais rien de meilleur que *Rhus toxicodendron* dans les vertiges stomacaux, et les vertiges par anémie cérébrale ; au contraire *Rhus toxicodendron* ne fait rien dans le vertige congestif ou vertige des pléthoriques.

Gastralgie.

Dans cette même tunique musculaire de l'estomac, si susceptible à se dérégler, se trouve tout un réseau de nerfs et de vaisseaux sanguins. La *gastralgie* n'est autre qu'une névralgie des nerfs de l'estomac. Bien des médicaments sont indiqués en homœopathie contre cette douloureuse maladie, et la guérissent ; mais puisque notre but dans ces conférences est d'exposer la thérapeutique homœopathique sous une forme aussi claire que possible, je ne vous indique qu'un seul médicament, qui est mon réel favori, c'est le bismuth. J'emploie généralement le *Bismuthum* soit à la 3[e], soit à la 6[e] dilution : en cas d'insuccès, vous pouvez avoir recours à *Nux vomica*, *Zincum*, *Argentum*, *Passiflora*, etc. ; mais il est probable que si Bismuth ne réussit pas, c'est qu'il se mêle de la gastrite à la gastralgie.

DYSPEPSIE PAR ALTÉRATION D'UN ORGANE ÉLOIGNÉ.

Dyspepsie neurasthénique.

La neurasthénie, maladie mystérieuse encore dans son essence, menaçant néanmoins d'envahir toute l'humanité, donne des manifestations gastriques très fréquentes, et très opiniâtres. C'est une dyspepsie sûrement nerveuse, dont le point de départ vient des centres nerveux, et non pas de l'estomac. Aussi plus on s'acharne à donner à un neurasthénique des remèdes pour l'estomac, et moins on y réussit. Il faudrait tonifier les centres d'abord, et la dyspepsie disparaîtrait de suite. Ce qui le prouve, c'est que pas un être sur la terre n'a plus besoin de respirer l'air pur pour digérer que le neurasthénique. Vous pouvez donner tous les amers, tous les apéritifs du Codex contre

l'anorexie neurasthénique ; rien ne donnera plus le sentiment de l'appétit à cet être déséquilibré que le changement d'air, surtout aux altitudes ! Les injections hypodermiques de substances utiles aux centres nerveux font mieux digérer un neurasthénique que toutes les pepsines du monde, malheureusement ces piqûres finissent tôt ou tard par des abcès, malgré toutes les précautions antiseptiques : c'est là le plus grand inconvénient de la méthode hypodermique. *Anacardium*, si vanté dans la dyspepsie nerveuse, ne m'a jamais donné de résultats bien heureux en maintes circonstances ; je trouve sa réputation absolument surfaite, tant au point de vue des symptômes mentaux que des symptômes gastriques. — *Phosphorus* amène quelques résultats, s'il n'excite pas trop, car le remède a une action sur les centres nerveux. — *Kali phosphoricum* est dans les mêmes conditions, et peut améliorer le neurasthénique. Enfin *Argentum nitricum* est conseillé par beaucoup d'auteurs. Somme toute, *Gratiola* rend des services, si à la dyspepsie purement nerveuse du neurasthénique s'ajoute du catarrhe gastrique, ce qui est souvent le cas.

Dyspepsie hystérique.

La dyspepsie hystérique se traite surtout avec les médicaments agissant contre la tonicité exagérée du muscle stomacal. *Ignatia*, *Nux moschata* et *Asa fœtida* sont des médicaments importants dans ce cas.

Dyspepsie des anémiques.

S'il est une contre-indication du fer dans le traitement de la chloro-anémie, c'est bien l'état de susceptibilité très grande de l'estomac. Pour guérir une chlorotique, il faut d'abord la faire digérer, *Ignatia* agit bien dans les cas d'a-

norexie, chlorotique. *Helionas dioïca*, un grand remède de l'anémie stimule les fonctions de l'estomac ; enfin *China* est indiqué,lorsque l'anémie provient de perte de sang.

Dyspepsie utérine.

Nous avons dans *Sepia* un médicament remarquable de la dyspepsie utérine ou utéro-vaginale. — Les indications caractéristiques de *Sepia* sont: 1° la leucorrhée,abondante et permanente, tantôt vaginale sous forme de pertes blanches, tantôt utérine, sous forme d'un écoulement aqueux, empesant fortement le linge, qui est dû à l'hypersécrétion des glandes utérines. Pour ces deux leucorrhées, jaune épais, ou claire comme de l'eau, *Sepia* est indiqué. 2° Les pertes blanches abondantes amènent une dyspepsie caractéristisée par des tiraillements de l'estomac et une sorte de pesanteur de l'organe comme s'il voulait tomber. 3° La vue est affaiblie, et le moindre effort des yeux amène le mal de tête. Ces trois symptômes sont caractéristiques de *Sepia*.

Helonias dioïca, un grand analogue de *Sepia* pour les pertes blanches, a le mal de reins d'origine utérine très marqué, ainsi que les pesanteurs des cuisses, et la sensation de l'utérus. *Helonias* est très utile pour relever l'appétit chez les femmes qui souffrent de l'utérus. Je prescris *Helonias* à la 1re décimale, et *Sepia* à dilutions plus élevées, 6e et souvent 30e.

Dyspepsie des urinaires.

Lorsque les reins, la vessie ou la prostate sont le siège d'une sclérose, d'une infection, ou d'une hypertrophie, l'élimination des produits toxiques par les urines est incomplète ; il résulte une auto-intoxication plus ou moins lente, qui amène la dyspepsie des urinaires. Dans

ces cas le régime lacté est de première nécessité, et le traitement doit viser les organes urinaires. — Il n'y a donc pas lieu d'y insister, mais je voudrais signaler ici l'importance des *reins mobiles* dans la dyspepsie et la neurasthénie. On voit quelquefois dépérir une femme sans qu'il soit possible d'y remédier; les digestions sont entravées, l'appétit annulé, l'amaigrissement considérable, l'état nerveux intolérable, il se développe une neurasthénie incurable, tout cela est souvent provoqué par un rein déplacé. J'en dirai autant des déplacements de l'ovaire. La mobilité de ces organes amène chez la femme un tel énervement, que l'organisme entier dépérit à vue d'œil. Aussi, dans un cas douteux, examiner toujours la région des reins et des ovaires.

Dyspepsie des hépatiques.

La dyspepsie des hépatiques est souvent une dyspepsie intestinale, et ne regarde pas l'estomac. Un hépatique a quelquefois une barre ou une plénitude au creux de l'estomac, mais c'est son foie qui en est cause, et l'estomac n'a rien à y voir. Il est même très difficile de différencier une maladie de foie d'une maladie d'estomac. Cependant, bien souvent, l'estomac subit une irritation de voisinage. — L'alternance de *Nux vomica* et *Graphite*, le *Lycopode*, le *China*, rendent des services.

Dyspepsie liées à une altération des voies respiratoires.

Le nerf pneumogastrique actionnant le cœur, le poumon et l'estomac, il en résulte qu'une irritation d'un de ces trois organes peut se répercuter sur l'autre par l'action du pneumogastrique irrité. L'existence des toux stomacales n'est plus à démontrer, et bon nombre de spécialistes feraient beaucoup mieux de veiller à la diges-

tion pour guérir une pharyngite chronique que de cautériser le pharynx enflammé. — Il est à remarquer que l'estomac surtout a une tendance à répercuter des symptômes sur les deux autres organes, commandés par le pneumogastrique. Que de gens ont de l'irrégularité cardiaque, de l'oppression, des palpitations parce qu'ils sont dyspeptiques ! L'affection des voies respiratoires qui aurait le plus de tendance à provoquer la dyspepsie est la tuberculose ; c'est précisément le grand inconvénient de la créosote, qui est difficilement tolérée. Quand l'estomac fonctionne mal chez un tuberculeux, c'est encore l'arsenic, sous forme d'arséniate de soude à doses allopathiques, qui rend le plus de service.

La dyspepsie des « arthritiques » est soulagée par *Antimonium crudum*, mais il est de toute nécessité de leur faire éliminer l'acide urique par les urines et les garde-robes.

Un mot sur la dyspepsie des « syphilitiques ». *Hepar sulfuris* est le médicament par excellence contre l'abus du mercure et de l'iodure de potassium.

Dr CARTIER.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

La paralysie générale des aliénés, méningo-encéphalite diffuse, a été considérée jusqu'à ce jour comme une maladie absolument incurable. Cependant il n'est peut-être pas de médecin aliéniste qui n'ait observé de loin en

loin la guérison de malades atteints d'une paralysie générale incontestable. Nous avons nous-même rapporté, dans le journal, l'histoire d'un paralytique général arrivé à la période du gâtisme, ayant présenté des menaces très sérieuses de suffocation par le bol alimentaire et qui cependant a présenté une amélioration progressive, a fini par guérir complètement, a pu reprendre la direction d'une grosse maison de commerce pendant plusieurs années et a fini par succomber à une broncho-pneumonie.

Ces faits, je le répète, quoique extrêmement rares, sont connus de tous les médecins spécialistes et font comprendre la possibilité d'un traitement efficace de la paralysie générale. C'est une règle, en effet, en thérapeutique que les maladies qui ne guérissent jamais spontanément résistent à tous les traitements, et au contraire, toute maladie qui guérit spontanément peut guérir par la thérapeutique, puisque, comme nous l'avons enseigné bien souvent, c'est la nature qui guérit les maladies, et que la thérapeutique ne peut agir qu'en aidant la nature.

Donc la guérison spontanée d'un certain nombre de malades atteints de paralysie générale devait faire espérer qu'on trouverait un jour le traitement de cette maladie.

Cette espérance est devenue une réalité, et le rapport médical pour l'année 1898 par le Dr Francis Devé, fait connaître six observations de paralytiques guéris à l'Asile des aliénés de Saint-Jean de Dieu de Lyon.

La paralysie générale et l'ataxie locomotrice, bien que constituant deux affections très distinctes tant pour leurs symptômes que pour la marche et la durée de la maladie, ont cependant une lésion et une étiologie communes. La lésion de la paralysie générale et de l'ataxie sont deux

inflammations chroniques siégeant, la première sur la substance grise corticale, la seconde sur les faisceaux postérieurs de la möelle, et il n'est pas douteux que l'une et l'autre de ces maladies se rattachent, pour le plus grand nombre des cas, à la syphilis. Aussi, depuis longtemps déjà, a-t-on soumis les ataxiques au traitement antisyphilitique intensif, et M. Devé nous dit que c'est la même pensée qui l'a conduit à essayer le traitement spécifique dans la paralysie générale.

Le traitement spécifique de la paralysie générale aurait donné des résultats beaucoup plus brillants que ceux de l'ataxie. Dans le tableau publié par M. Devé, sur 30 cas, il faut d'abord écarter 11 décès, reste 19, et sur ces 19, 6 seraient guéris depuis plusieurs mois, 8 améliorés.

Dans l'ataxie locomotrice, au contraire, l'insuccès est la règle et l'on a généralement renoncé à l'emploi de la médication spécifique dans cette maladie.

Le traitement mis en usage par M. Devé se compose d'injections de calomel et d'un mélange iodo-ioduré. Les malades recevaient en moyenne trois injections par mois. Ces injections contenaient 0,20 centigrammes de calomel. La durée minimum du traitement fut de six mois.

Ce traitement n'a jamais amené d'accidents graves, il doit cependant être surveillé de très près. Sous cette réserve, nous ne pouvons qu'encourager les tentatives du médecin de l'asile d'aliénés de Lyon. La paralysie générale est une maladie si affreuse et si habituellement terminée par la mort que le thérapeutiste est absolument justifié de diriger contre elle un traitement énergique.

Dr P. Jousset.

Du traitement de l'appendicite

Nous croyons devoir, à titre de renseignement, rapporter ici une partie du compte rendu de la séance du 7 avril du vingt-huitième congrès de la Société allemande de chirurgie. Je recommande à l'attention de nos lecteurs la communication des Drs Rotter et Kummel. Ces deux communications contiennent un grand nombre de cas d'appendicites guéris par le traitement médical.

M. Renvers (de Berlin). — Pour fixer le moment opportun de l'intervention chirurgicale dans l'appendicite, il importe de bien distinguer les différentes formes de cette affection. Il y a lieu d'établir, à ce point de vue, deux grandes catégories, suivant que l'appendice est seul en cause ou qu'il s'accompagne de péritonite, soit généralisée, soit localisée.

Dans les faits de la première catégorie, et s'il s'agit d'une appendicite liée à une maladie infectieuse, telle que la fièvre typhoïde, la dysenterie, etc., etc., la lésion de l'appendice guérit spontanément en même temps que l'affection dont elle dépend. A côté de ces cas, on observe des lésions isolées de l'appendice pouvant varier depuis le simple catarrhe jusqu'à l'ulcération et à la gangréne. Cette forme d'appendicite passe souvent inaperçue tant que la communication avec l'intestin reste libre. Il n'en est plus de même dès que la lumière de l'appendice se trouve oblitérée. On voit alors survenir des crises de coliques et souvent une douleur persistante dans la région iléo-cæcale, sans qu'il y ait, toutefois, élévation de la température. Si ces symptômes se renouvellent, le médecin sera autorisé à proposer l'ablation de l'appendice.

La péritonite généralisée nécessite une intervention chirurgicale aussi précoce que possible, car on ne peut compter sur le succès que si l'on intervient dans les premières vingt-quatre heures. En ce qui concerne l'indication opératoire, on se basera sur le pouls et sur l'état général.

Dans les cas de péritonite localisée, on aura affaire soit à un exsudat sérofibrineux, soit à un épanchement purulent. Il est impossible de préciser le diagnostic pendant les premiers jours, et ce n'est que d'après la marche ultérieure de la maladie qu'on peut se prononcer sur la présence ou l'absence de pus. Si l'exsudat ne diminue pas au bout de quatre à cinq jours, il faut intervenir. Dans ce cas il est préférable de pratiquer une simple incision, au lieu d'enlever d'appendice.

Le traitement médical doit comprendre le repos absolu, la diète, de petites doses d'opium, ou mieux de morphine, ainsi que l'application d'une vessie de glace.

M. Ewald (de Berlin) attire l'attention sur un syndrome caractérisé par des douleurs dans tout l'abdomen, avec troubles digestifs et légères hémorrhagies intestinales. Les sujets qui offrent ces symptômes sont généralement considérés comme des neurasthéniques ou des hystériques; mais un examen attentif permet souvent de découvrir chez eux une lésion de l'appendice. Le seul traitement susceptible d'assurer la guérison consiste dans l'ablation de cet organe. On devra songer à cette appendicite larvée toutes les fois que l'on constate une sensibilité exagérée au niveau de la fosse iliaque droite et surtout une tuméfaction plus ou moins prononcée de l'appendice.

M. Sonnenburg (de Berlin). — J'estime que, même dans un service hospitalier bien installé, et quelle que soit

d'ailleurs l'habileté du chirurgien, on ne saurait prétendre intervenir avec succès pour toute appendicite.

Il ne faut pas oublier que la crise aiguë ne constitue qu'une des étapes de l'appendicite, maladie essentiellement chronique. Il importe surtout de poser le diagnostic exact des lésions et de préciser s'il existe ou non du pus. Je crois, du reste, que la suppuration peut être diagnostiquée dans la plupart des cas, si l'on a soin d'examiner soigneusement le malade et de tenir compte de ses antécédents. Lorsqu'on constate une résistance limitée à la région iléo-cæcale et que cette résistance subsiste pendant plusieurs jours, il y a de fortes présomptions en faveur de l'existence du pus. La suppuration une fois reconnue, on tiendra compte des conditions individuelles, et on n'interviendra que si la résorption ne commence pas à se produire au bout de quatre à cinq jours. C'est alors que l'opération devient absolument indiquée, parce que le pronostic est en pareille occurrence assez incertain. Au cours de cette expectation armée il faut surveiller la température et l'état général, de façon à pouvoir intervenir dès qu'on constate un écart plus ou moins considérable entre le pouls et la température, ou une aggravation de l'état général.

Les dangers de l'opération, insignifiants si l'on se borne à une simple incision, deviennent évidemment beaucoup plus grands lorsqu'on pratique en même temps l'ablation de l'appendice. Celle-ci ne doit pas être faite dans les cas où la péritoine offre encore une irritation diffuse, parce que dans ces conditions la séreuse réagit facilement par une péritonite généralisée, parfois rapidement mortelle. Cet état d'irritation se manifeste d'ordinaire par une sensibilité diffuse des parois abdominales et de la

région lombaire. Tant que ce symptôme persiste, il ne faut pas, á mon avis, toucher à l'appendice. Par contre, quand les douleurs sont localisées uniquement à la fosse iliaque droite, on peut ouvrir l'abcès et enlever l'appendice. Toutefois, si l'on ne dispose pas d'une assistance suffisante et qu'on soit appelé à opérer dans des conditions de milieu défavorables, on doit se borner à une simple incision de l'abcès et ne point chercher à réséquer l'appendice.

Quand au traitement post-opératoire, je lui attribue une importance capitale lorsqu'il s'agit d'une intervention à chaud. Je pratique un tamponnement très serré d'après la méthode de M. Mikulicz, et je laisse ce pansement dans la plupart des cas pendant huit à dix jours. Ces précautions rendent l'ablation de l'appendice inoffensive.

Pour ce qui est des fistules consécutives, j'en ai observé 80 sur 473 opérations. Un certain nombre de ces fistules, purulentes et stercorales, proviennent de ce que la suture au niveau de l'insertion de l'appendice a été insuffisante. D'autres sont dues à la gangrène de l'appendice ; formées après la simple ouverture de l'abcès, et sans qu'on ait touché à l'appendice, elles ne sauraient être mises sur le compte de l'intervention.

En ce qui concerne les éventrations observées surtout à la suite du tamponnement, je crois qu'elles doivent être attribuées plutôt aux conditions anatomiques de la paroi abdominale et à l'âge des patients qu'au mode de traitement. En effet, elles se montrent le plus souvent chez des sujets âgés et à parois abdominales flasques.

L'opération à froid est surtout indiquée chez les malade qui continuent à souffrir, malgré la guérison apparente de l'appendicite, et dans les cas où il y a

persistance de signes objectifs, tels que l'empâtement au niveau de la région iléo-cœcale.

M. Riesse dit avoir observé deux fois une pyélite survenue après une crise d'appendicite. Estimant que les cicatrices consécutives aux lésions de l'appendice sont susceptibles d'amener une coudure de l'uretère, l'orateur est d'avis que le traitement de cette complication doit consister dans la libération de ce canal par la section des brides cicatricielles.

M. Dührssen (de Berlin). — Depuis quelque temps j'ai pris pour règle d'examiner l'état de l'appendice dans toutes les laparotomies gynécologiques que j'ai l'occasion de pratiquer Grâce à cette mesure, j'ai pu enlever l'appendice 9 fois sur 320 operations. Je crois que cette précaution est particulièrement indiquée lorsqu'on trouve de fortes adhérences entre l'intestin et les organes génitaux, ou un épaississement du ligament large du côté droit. C'est que l'appendicite est susceptible de produire une affection inflammatoire des annexes par l'intermédiaire du ligament appendiculo-ovarique et que les lésions des annexes peuvent également se propager à l'appendice en suivant ce ligament.

Je fais d'ordinaire une incision médiane, l'opération devant porter principalement sur l'appareil génital. Dans deux cas il m'est arrivé d'enlever l'appendice à travers le cul-de-sac vaginal antérieur.

M. Karewski (de Berlin) insiste sur ce fait que le pronostic de la crise d'appendicite peut être porté souvent dès le début, si l'on tient compte des commémoratifs et des premiers symptômes du mal.

M. Rotter (de Berlin). — « Dans les deux tiers des cas d'appendicite que j'ai observées dans mon service, j'ai

appliqué le traitement médical, qui m'a donné de très bons résultats. » Toutefois, en ce qui concerne le diagnostic de la forme anatomique de l'affection, je ne serai pas aussi affirmatif que M. Sonnenburg. Je ne crois pas non plus que l'ablation de l'appendice pendant la crise soit inoffensive, car on risque, à mon avis, d'infecter la cavité abdominale par les manipulations que nécessite la recherche de l'organe, alors même qu'on opère après la période d'irritation péritonéale. Je me borne donc à inciser l'abcès, pour n'enlever l'appendice que s'il se présente, pour ainsi dire, de lui-même dans la plaie ; dans le cas contraire, je pratique son ablation à froid.

M. Rehn croit que dans certains cas l'intervention hâtive peut seule sauver le malade.

M. Sprengel estime que l'on doit s'en tenir aux règles que vient d'établir M. Sonnenburg, et que l'opération est urgente dès qu'un des symptômes cardinaux (douleur, fièvre, accélération du pouls) devient inquiétant.

M. Rose (de Berlin). Je suis d'avis qu'il faut intervenir d'une manière aussi précoce que possible dans les cas suraigus.

M. Kœrte déclare se rallier à la manière de voir de M. Sonnenburg.

M. Kümmel. — Tout en constatant avec satisfaction que l'entente n'est pas loin de se faire sur les indications opératoires dans l'appendicite, je persiste néanmoins à croire que le diagnostic précis de la forme anatomique de l'affection est absolument impossible.

Pour ma part, je n'interviens pas pour des crises légères ; dans les péritonites localisées et relativement bénignes, je n'opère que lorsqu'il y a aggravation des symp-

tômes, mais je suis partisan de l'intervention immédiate dans les cas à début très grave.

Sur 850 sujets atteints d'appendicite et hospitalisés dans mon service, j'ai pratiqué l'opération à froid 150 fois sans un seul insuccès. D'autre part, sur 57 malades opérés pendant la crise, 37 ont succombé. « Enfin, parmi les 643 individus non opérés, je ne compte que 24 décès. »

THÉRAPEUTIQUE

REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE SÉNILE DE LA PROSTATE

L'auteur a présenté il y a quelque temps, à la *Société britannique d'homœopathie*, un travail sur le traitement de l'hypertrophie sénile de la prostate, dans lequel il prouve l'action spéciale du *ferrum picratum* sur plusieurs symptômes de cette affection. Son attention a été attirée par le Dr Cooper sur l'action de ce médicament, qui est surtout très efficace au début de l'hypertrophie, c'est-à-dire dans les douze mois qui suivent les premiers symptômes de cette affection. Si on l'emploie à ce moment, la plupart du temps il parviendra à arrêter les progrès de la maladie et même à la guérir. Parmi les symptômes qui l'indiquent, vient en première ligne, *le besoin plus fréquent d'uriner la nuit*. Les malades se plaignent de devoir se lever plusieurs fois la nuit, et d'avoir ainsi un sommeil interrompu. Ce symptôme est rapidement soulagé. Viennent ensuite les symptômes du côté du rectum.

Le *ferrum picratum* ne provoque pas de constipation, ce qui est habituel pour les préparations ferrugineuses. Son action est plutôt opposée. Chez les prostatiques récents, avec besoin pressant d'uriner et prolapsus du rectum, il donne un résultat des plus avantageux ; de même sur les hémorrhoïdes qui accompagnent habituellement l'hypertrophie de la prostate et la chute du rectum.

L'évacuation incomplète des urines n'est pas une contre-indication. Dans un cas, après la miction, il restait encore 300 grammes d'urines dans la vessie : par l'administration du médicament, cette quantité en moins de deux mois tomba à 60 grammes. Dans un autre cas, où il y avait rétention de 60 grammes d'urines, après un mois de traitement, la vessie se vidait entièrement.

L'auteur n'a jamais été à même de prouver si la prostate, par ce traitement, diminuait de volume, mais il ne s'en préoccupe guère, tant qu'il ne se montre pas d'autre symptôme et surtout que toute l'urine est évacuée. Du reste il n'est pas possible de fixer exactement les dimensions d'une prostate hypertrophiée; le toucher rectal donne bien une idée suffisante du volume des lobes latéraux de la glande, mais aucune certitude sur celui du lobe moyen, qui souvent empêche la vessie de se vider complètement.

Un autre symptôme que le médicament apaise et qui accompagne le besoin fréquent d'uriner la nuit, c'est *une douleur cuisante localisée au col de la vessie*. Ce n'est pas précisément le ténesme de la cystite, qui n'est pas influencé par le médicament, ni la douleur des attaques subaiguës ou chroniques de prostatite des adultes, sur laquelle le remède n'a pas non plus d'action; c'est la sensi-

bilité et la cuisson dont se plaignent les vieux prostatiques.

Dans ces derniers cas, le *buchu* 1e déc. alterné avec le *picrate* est très utile. Le Dr Cooper dit que le *picrate* agit surtout chez les personnes à cheveux foncés, quoiqu'il agisse également chez les blonds. La dose préconisée par l'auteur est 2e dilut. décim. et, dans ces derniers temps, la 3e déc. Le Dr Johstone a employé dans sa clinique hospitalière la 2e déc. et a remarqué une aggravation des symptômes. Quant à la pathologie de la prostatite sénile, l'auteur dit que l'hypertrophie peut provenir d'un des éléments constitutifs de la glande. Ordinairement c'est le tissu conjonctif, mais il se peut aussi que ce soit le tissu fibro-musculaire ou les acini de la glande qui prédominent.

Si nous pouvions reconnaître *intra vitam* ces différentes variétés d'hypertrophie, le traitement serait beaucoup plus efficace. L'analogie avec les engorgements de la matrice serait une indication pour un remède tel que *calcarea iodata*, par exemple, qui, selon le Dr Neathy, donne de si bons résultats dans les myomes utérins.

Une variété d'hypertrophie est celle qui se borne surtout à la partie postérieure de la glande, alors que la portion uréthrale reste libre. Dans les cas où la vessie se vide habituellement en totalité, la rétention des urines n'est pas un signe spécial, et cependant les malades de cette catégorie se plaignent de fréquentes envies d'uriner, de tiraillements et de douleur au périnée et dans le gros intestin, ainsi que d'hémorrhoïdes. Dans ce cas le cathétérisme éclaire peu et c'est au *ferrum picratum* qu'il faut recourir.

Il est à remarquer que tous les cas d'hypertrophie ne

demandent pas ce médicament, surtout quand il s'agit de forte hypertrophie avec dilatation vésicale. De même pour ceux qui souffrent habituellement de cystite, qui ont des urines fétides et alcalines, à moins de désinfecter la vessie par des lavages journaliers au point d'améliorer l'état des urines, dans lequel cas le médicament sera très efficace.

Disons encore quelques mots à propos d'autres médications de l'hypertrophie prostatique.

L'auteur n'a pas expérimenté la castration, mais dans trois cas il a pratiqué la section unilatérale des canaux déférents. Un prêtre présentait des symptômes de calcul vésical, cependant ni avec la sonde ni avec le cystocope, on ne parvenait pas à le découvrir. Les deux lobes latéraux de la prostate étaient hypertrophiés, surtout le droit, qui était aussi plus sensible. Un peu de sang s'était écoulé de la prostate. *Ferrum picratum* avait donné quelqu'amélioration mais n'avait pas fait disparaître tous les symptômes, et comme il y avait un prolapsus du rectum considérable et des hémorrhoïdes, l'auteur lui fit l'opération.

Six mois après, le toucher rectal fit reconnaître que le lobe droit était de même dimension que le gauche, qui avait beaucoup diminué, et qu'il n'était plus sensible. Tous les symptômes du côté de la vessie avaient disparu. Le testicule droit était plus mou, mais pas plus petit que l'autre.

Dans une seconde opération, il retira de la vessie un énorme calcul par une incision sus-pubienne, et trouva une poche post-prostatique, avec une prostate grosse comme une orange. La section bilatérale des canaux déférents n'augmenta pas la force pour expulser le calcul, et l'auteur fut obligé plus tard d'employer le cathéter. Cependant l'auteur soutient que la section unilatérale du

canal déférent, faite au début, est d'une très grande efficacité. (*Allgemeine Homœopathische Zeitung.*)

Traduction du Dr Chevalier, d'Arlon (1).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

I. Traitement de l'appendicite. — II. Appendicite et grossesse. — III. De l'intervention chirurgicale hative dans le traitement du cancer dans l'estomac.

I

Traitement de l'appendicite. — M. Reclus se rallie à la formule de Dieulafoy : *opérer toujours et le plus vite possible.*

Il faut opérer toujours, car si les appendicites peuvent vraiment guérir, on ne sait jamais comment reconnaître la guérison. M. Reclus a soigné à la Pitié un malade qui pouvait faire hommage à la médecine de 16 guérisons et qui serait mort à la dix-septième attaque sans les secours de la chirurgie.

Celui qui a une crise d'appendicite ne doit être tranquille que lorsqu'il a son appendice dans sa poche ; car il est faux qu'une deuxième crise d'appendicite soit moins

(1) *Revue homœopathique belge.* Janvier.

grave que la première. On a vu des malades mourir à leur 7e ou 8e rechute.

Il est pourtant une variété d'appendicite avec péritonite généralisée, qui ressortit plutôt des pompes funèbres que de la chirurgie et où l'opération doit être abandonnée ou tout au moins différée, parce qu'elle ne saurait que hâter la mort ou la rendre inévitable.

Il n'y a pas de cas légers d'appendicite. Une fois le diagnostic nettement posé, il faut opérer dans tous les cas.

Il faut opérer le plus vite possible. — On reproche à l'opération hâtive d'exposer à la déchirure du cæcum, à l'ouverture et à l'inoculation possible du péritoine, aux recherches infructueuses de l'appendice, à son abandon fréquent dans les néo-membranes et, comme conséquence, à la possibilité de crises nouvelles après l'opération ; enfin à l'éventration consécutive. Il ne faut pas attacher trop d'importance à ces arguments. Ce qui doit nous décider à l'opération hâtive c'est l'évolution des appendicites, l'existence de formes paraissant d'abord bénignes, qui prennent tout à coup des allures plus graves.

En attendant les cinq à six semaines qui vont permettre d'opérer à froid, il peut survenir une attaque brutale qui emporte le malade.

Aussi ne faut-il jamais retarder l'opération, même lorsque la résolution semble se faire, à moins que le malade reste continuellement soumis à l'observation directe d'un chirurgien outillé pour opérer à la première alerte.

Les accalmies traîtreuses de l'appendicite. — M. Dieulafoy signale de nombreux exemples de ces accalmies survenant parfois au moment où les accidents sont le plus menaçants.

Une jeune femme de 23 ans, grosse de 4 mois environ, est prise le 9 janvier de coliques avec diarrhée et vomissements. Le pouls est à 84. M. Pinard constate qu'il ne s'agit nullement de fausse couche.

Le 10 janvier, l'état est stationnaire.

Le 11 janvier, la constipation a remplacé la diarrhée, le pouls est à 88 et il existe une douleur intense dans la région iliaque droite.

Le 12, la température est à 38°2, le pouls à 100. La malade a eu deux vomissements. La douleur se localise nettement au point de Mac Burney. Le ventre est légèrement ballonné.

Le 13, nouveau vomissement. Le màtin la température est à 38° 6 et le soir elle monte à 39° 2 après un léger frisson. Le ventre est toujours ballonné et la défense musculaire est surtout accusée à la région appendiculaire.

L'intervention chirurgicale est décidée.

Le 14 au matin. — Changement à vue depuis la veille au soir. Les douleurs abdominales ont disparu,, les vomissements ont cessé ; la malade a dormi d'un excellent sommeil, interrompu seulement par deux mictions abondantes. Il y a eu émission de gaz. La température qui était la veille au soir de 39° 2 est descendue à 37° 2 ; c'est une vraie défervescence. Au premier abord on aurait pu croire à une détente réelle du mal et cet état était comparable à celui d'un malade qui, la veille, aurait été à l'apogée d'une pneumonie et qui, le lendemain matin, éprouverait l'inexprimable bien-être de la défervescence,

A l'examen, la douleur avait totalement disparu au point de Mac Burney. En palpant, en prenant le ventre dans tous les sens, surtout au niveau de la fosse iliaque on le trouve absolument indolore. Aucun médicament anal-

gésique n'ayant été employé, on pouvait donc conclure que la douleur avait spontanément disparu.

Néanmoins il persistait un léger tympanisme généralisé à tout le ventre.

Malgré l'apparence de guérison, on écarte l'idée d'amélioration réelle pour se rattacher au diagnostic de péritonite appendiculaire, diagnostic basé sur le tympanisme généralisé de l'abdomen, sur le facies légèrement grippé, sur l'accélération du pouls, 104. L'opération fut immédiatement pratiquée et on trouva une péritonite diffuse avec sérosité trouble, fétide, une cavité rétro-cæcale contenant un verre de pus très fétide et un appendice gangrené. Non opérée, cette jeune femme serait morte en 48 heures.

M. Dieulafoy relate d'autres observations d'où il tire les conclusions suivantes :

1° Les symptômes bruyants et douloureux de l'appendicite, la douleur abdominale, les vomissements, la fièvre sont parfois suivis d'une brusque détente avec disparition des douleurs, chute de la fièvre, état de bien-être du malade.

2° Cette brusque détente, cette défervescence, n'est pas toujours le signal d'une amélioration réelle du mal, c'est parfois une fausse détente, une accalmie trompeuse, une accalmie traîtresse.

3° Il est même à remarquer que cette accalmie trompeuse et traîtresse coïncide assez souvent avec la formation des lésions les plus redoutables : gangrène de l'appendicite, septicémie péritonéale, péritonite diffuse.

4° L'accalmie traîtresse n'est jamais une accalmie complète et quand on y regarde de près on voit qu'elle diffère de l'amélioration réelle par la persistance de quelques symptômes. Au cas d'accalmie apparente, le

ventre reste plus ou moins tympanisé, la défense musculaire ne disparaît pas toujours, l'accélération du pouls persiste, alors même que la température est tombée.

5° Cette fausse détente de l'appendicite est quelquefois favorisée par la médication (morphine, glace) qui masque l'évolution des symptômes menaçants.

6° L'accalmie traîtresse apparaît à des périodes variables (deuxième, sixième jour de la maladie).

7° Ces accalmies coïncidant avec le développement des lésions péritonéales les plus graves, montrent une fois de plus l'inexactitude des descriptions, qui divisaient en deux périodes distinctes et bien tranchées l'appendicite et la péritonite. Pareilles descriptions consacrent des erreurs funestes. Le plus souvent les symptômes de l'appendicite et de la péritonite sont similaires, subintrants, fusionnés, sans qu'il soit possible de dire à quel moment la péritonite entre en scène.

8° Les accalmies traîtresses de l'appendicite sont le plus souvent la cause de la mort. Un médecin ou un chirurgien trop temporisateur ou trop hésitant saisit avec empressement cette soi-disant détente de la maladie pour ajourner et pour éviter l'intervention chirurgicale, croyant qu'il sera toujours temps d'opérer plus tard à froid. Mais bientôt de terribles accidents surviennent contre lesquels le traitement chirurgical est lui-même impuissant et le malade succombe.

9° Méfions-nous des acalmies traîtresses de l'appendicite. Sachons les reconnaître et faisons opérer nos malades sans tarder, si nous ne voulons pas les exposer à la mort.

Traitement de l'appendicite. — M. Ferrand insiste sur la multiplicité et la diversité des états pathologiques que l'on confond sous le nom d'appendicite et il proteste

contre la prétendue insuffisance de la thérapeutique dans le traitement de cette maladie.

Il faut savoir distinguer et poser les indications des diverses médicaments variables selon les cas, belladone, opium, purgatifs.

La belladone a l'avantage de calmer la douleur sans arrêter la sécrétion ni paralyser la motricité de l'intestin. Elle répond merveilleusement à l'indication analgésique et à l'indication évacuante qui sont les deux indications essentielles dans les cas d'accidents appendiculaires, au moins en leur début, alors qu'on ne se trouve en face que de phénomènes de douleur, ou d'obstruction et non de péritonite.

L'opium est un médicament le plus souvent dangereux, qui masque l'évolution du processus morbide, plutôt qu'il ne l'arrête. Il faut le réserver aux cas de péritonite appendiculaire déclarée, où il peut rendre service en calmant la douleur et les mouvements péristaltiques de l'intestin.

L'orateur n'a eu qu'à se louer des purgatifs pour combattre les menaces de l'appendicite et même les appendicites à rechute, en les attaquant dès le début de leurs manifestations. Il faut laisser de côté les drastiques et s'adresser aux purgatifs salins, de préférence aux purgatifs huileux. « Ce sont les purgatifs doux, dits dialytiques qu'il convient de choisir, ceux qui, appelant dans l'intestin tous les éléments séreux du voisinage, font sourdre à la surface de la muqueuse, sans l'irriter aucunement, comme une rosée bienfaisante, laquelle s'écoule bientôt, entraînant avec elle les éléments producteurs aussi bien que les produits de l'infection intestinale. » (??)

Utiles dans la simple colique appendiculaire, indispen-

sables dans l'engouement de l'appendice, les purgatifs peuvent devenir dangereux quand se produisent les phénomènes d'étranglement et de péritonite.

Le traitement médical suffit dans les accès de colique appendiculaire, dans les simples stases passagères, dans les cas d'engouement de l'appendice. Mais il doit céder la place au traitement chirurgical dès que se manifestent les indices d'accidents péritonitiques, fussent-ils simplement imminents et surtout s'ils se confirment.

M. Ferrand cite à l'appui de sa manière de voir plusieurs cas de guérison définitive, sans rechutes, à la suite d'un traitement purement médical.

Diagnostic et traitement de l'appendice. — M. Dieulafoy étudie les symptômes et le diagnostic de l'appendicite dans une intéressante communication que nous résumerons longuement.

Au point de vue de la symptomatologie il distingue trois modalités différentes de l'appendicite.

« Dans une première catégorie se placent les appendicites qui revêtent au début une apparence bénigne. Les douleurs sont localisées à la région appendiculaire, mais elles sont peu violentes et n'atteindront pas une vive intensité. La fièvre est nulle ou peu s'en faut ; les vomissements font généralement défaut, la constipation est la règle.

L'examen méthodique du ventre permet dès les premières heures de la maladie de localiser le maximum de douleur au point de Mac Burney ; dans cette même région la défense et l'hypéresthésie cutanée sont facilement appréciables. Ce sont les formes qui grossissaient autrefois le bilan de la typhlite dite stercorale.

Aujourd'hui le diagnostic est devenu facile ; le pronostic seul est impossible ; car, malgré ses apparences de bénignité, malgré l'absence de symptômes bruyants et fébriles, pareille appendicite, ne l'oublions jamais, peut aboutir, dès le troisième ou quatrième jour, d'une façon insidieuse à la gangrène appendiculaire, aux accidents péritonéaux, à la toxi-infection du malade, qui mourra s'il n'est pas opéré à temps. »

Une deuxième catégorie est formée par des appendicites qui trahissent d'emblée leur gravité par des allures bruyantes. En quelques heures, en moins d'une journée, les douleurs de la fosse iliaque droite acquièrent une très vive intensité. La température monte rapidement, le pouls est accéléré, les vomissements sont précoces et fréquents. A l'examen du malade, on constate souvent que le ventre est endolori en différentes régions ; mais si cet examen est pratiqué avec méthode et précision, c'est à la région appendiculaire que la triade douloureuse symptomatique apparaît au maximum : douleur très vive au point de Mac Burney, défense musculaire et hypéresthésie cutanée très accentuée à la même région. La netteté et la violence des symptômes ne laissent place à aucune hésitation. Il faut se méfier dans cette forme des améliorations factices qui surviennent assez fréquemment. Après la première éclosion des accidents, améliorations apparentes qui feraient croire, si l'on n'était prévenu, à une amélioration réelle, alors que le danger est là imminent et terrible. Les appendicites, qu'on pourrait appeler larvées, forment une troisième catégorie. *La triade douloureuse symptomatique n'y fait pas défaut*; mais elle est en partie masquée par d'autres symptômes qui dominent la scène. Tantôt, ce sont les vomissements qui, seuls, attirent l'attention et simulent

une vulgaire indigestion. Dans d'autres circonstances, la diarrhée est le symptôme capital et peut en imposer pour une entérite ou une entéro-colite.

Dans toutes les formes, dans tous les cas, la *triade douloureuse* est le fil conducteur du praticien. Cette triade se compose de la *douleur appendiculaire*, de la *défense musculaire* et de l'*hyperesthésie cutanée*.

La douleur n'atteint jamais d'emblée toute son intensité : elle est graduellement croissante. Elle peut s'étendre en divers sens, mais son lieu d'élection est au milieu d'une ligne tirée de l'épine iliaque droite antéro-supérieure à l'ombilic (point de Mac Burney). C'est en ce même point qu'une légère pression permet de sentir la défense musculaire et que le chatouillement de la peau provoque une hypéresthésie plus vive qu'ailleurs.

L'entéro-typhlo-colite, qu'elle soit glaireuse, membraneuse ou sableuse, se distingue de l'appendicite par le caractère et la diffusion des douleurs. Ces douleurs, sous forme de coliques intestinales, ne sont pas localisées au cæcum, elles occupent surtout les côlons ascendant, transverse et descendant. En cas d'entéro-colite, la triade symptomatique n'existe pas. L'analyse des déjections permet de retrouver les mucosités, les membranes, le sable, qui sont les témoins de la crise intestinale. Le sujet pris d'entéro-colite a un passé intestinal, qui manque le plus souvent en cas d'appendicite.

L'orateur termine sa communication en montrant la nullité du traitement médical sur lequel ses promoteurs mêmes ne sont pas d'accord. Il insiste sur les dangers de la temporisation. Le seul traitement rationnel de l'appendicite est le traitement chirurgical, qui pare à tous les accidents lorsqu'il est appliqué en temps voulu.

M. Reclus démontre, en s'appuyant sur ses observations, que ce qu'on a décrit sous le nom de coliques appendiculaires n'est en réalité qu'une appendicite incontestable avec foyers microbiens en activité. De même, l'empâtement que l'on trouve dans les péritonites dites plastiques est toujours formé par une collection purulente plus ou moins abondante. Le péritoine peut très vite résorber ce pus, et certains abcès, même volumineux, disparaissent parfois en moins de quinze jours. Toutes les appendicites, ou presque toutes, sont suppurées dans les premiers jours de leur évolution tout au moins. D'où l'indication d'opérer toujours toutes les appendicites jusqu'à ce que la médecine ait trouvé le moyen de distinguer un foyer appendiculaire véritablement éteint d'un foyer seulement assoupi et dont le réveil soudain pourrait provoquer les catastrophes les plus redoutables.

M. Tillaux proteste contre l'aphorisme de M. Dieulafoy : on ne doit jamais mourir d'appendicite et il en montre toute l'exagération.

Il considère l'ablation de l'organe comme nécessaire après une première attaque d'appendicite. Les atteintes suivantes sont en effet beaucoup plus graves que les premières. Le plus souvent l'appendicite guérit sans opération surtout à une première attaque ; aussi vaut-il mieux opérer à froid c'est-à-dire attendre que les accidents aigus soient passés, à moins qu'il n'y ait des signes de péritonite ou qu'on ait des raisons de croire qu'il y a de la suppuration.

M. Dieulafoy : *Le traitement médical de l'appendicite n'existe pas.* Ce n'est qu'un trompe-l'œil, qui sert à couvrir une temporisation déguisée. C'est une pratique né-

faste qui a causé la mort de nombreux malades auprès desquels on a appelé trop tard le chirurgien.

Il faut opérer toujours et au moment voulu. Pour mettre tous les atouts dans son jeu, vingt-quatre heures paraît être le délai maximum pour les appendicites d'apparence grave et trente-six heures pour les appendicites d'apparence légère. Cette formule donne toute sécurité ; si elle pouvait être toujours mise en pratique, on ne mourrait pas d'appendicite.

M. Le Dentu est partisan de l'intervention *aussi précoce que possible* dans les crises d'appendicite. Mais il est d'avis de refréner l'entraînement très général vers l'opération à outrance dans les cas graves où la vie des malades tient à un fil et où le choc opératoire fait peut-être évanouir la dernière chance de salut, qui leur reste.

II

Appendicite et grossesse. — M. Pinard. Toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention ; car le fœtus court des dangers soit par le fait de l'intoxication soit par le fait de l'infection. En opérant toujours et le plus tôt possible, les femmes atteintes d'appendicite à manifestations localisées guériront de leur appendicite et mèneront dans la plupart des cas leur grossesse à terme ; les femmes atteintes d'appendicite à manifestations graves avorteront presque toujours, mais guériront le plus souvent.

L'appendicite peut s'observer pendant toute la durée de la grossesse. Elle peut faire son apparition chez une femme de santé florissante. Le début est celui d'une simple indigestion (coliques, nausées, vomissements.

diarrhée) ou bien la douleur abdominale seule ouvre la scène. Cette douleur est le plus souvent localisée au point de Mac Burney; mais elle peut, quoique rarement, être généralisée, siéger au niveau du foie ou même dans la région inguinale. La douleur existe toujours et ne disparaît que quand la péritonite est diffuse ou généralisée. La température gravite généralement dans les premiers jours autour de 38° et le pouls autour de 100. Les vomissements peuvent continuer ou non. A la diarrhée succède le plus ordinairement une constipation opiniâtre. Un symptôme important est la contraction des muscles de la région droite si bien appelée défense musculaire et coïncidant avec un léger tympanisme.

Ce cortège symptomatique est assez caractéristique pour affirmer le diagnostic.

La vulgaire indigestion n'a pas de suites ou n'a guère de suites comparables à la symptomatologie de l'appendicite.

La colique hépatique et les affections du foie auxquelles on peut et doit songer au début ont des symptômes qui leur sont propres.

Les vomissements de la grossesse même opiniâtres ne déterminent que des douleurs localisées aux attaches diaphragmatiques et si on peut constater à un moment donné de l'accélération du pouls dans ces cas, on ne constate pas d'élévation de la température, si ce n'est exceptionnellement dans la période ultime.

La grossesse extra-utérine, même siégeant à droite, tubaire ou autre, ne me paraît pas devoir être confondue avec l'appendicite. Dans les cas où il y aurait complication de ces deux accidents l'erreur serait aussi pardonnable que peu dangereuse.

La rupture d'un kyste fœtal s'accompagne de symptômes hémorrhagiques particuliers.

Les antécédents mettront sur la voie d'un *kyste fœtal infecté* et donnant lieu à des phénomènes de péritonite.

Au début de la grossesse il faut éliminer la *salpingite* et l'*annexite* et enfin les tumeurs juxta-utérines siégeant à droite (abcès de l'ovaire, rein flottant).

En résumé :

1° Le diagnostic de l'appendicite pendant la grossesse est généralement facile ;

2° Toute appendicite diagnostiquée pendant la grossesse commande l'intervention.

III

De l'intervention chirurgicale hative comme traitement du cancer de l'estomac. — M. Landouzy présente à l'Académie une malade guérie depuis quatre mois d'un épithélioma pylorique par excision des trois cinquièmes de l'estomac et jéjunostomie. Il rappelle à ce propos des opérations pareilles pour néoplasmes histologiquement vérifiés et où la guérison a persisté cinq, six, sept et huit années. Il insiste sur la valeur palliative de l'opération lorsqu'il y a obstruction du pylore et même sur sa valeur curative lorsque le diagnostic est posé de bonne heure et l'intervention décidée dès le début.

Dr Humeau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. TREMBLEMENT ESSENTIEL ET HYSTÉRIE. — II. SURDI-MUTITÉ HYSTÉRIQUE. — III. GANGRÈNE PULMONAIRE. PNEUMOTOMIE; MORT PAR TUBERCULOSE SUBAIGUË. — IV. CONGESTION PULMONAIRE A FORME SPLÉNO-PNEUMONIQUE REMARQUABLE PAR SA DURÉE (TROIS MOIS ET DEMI) ET PAR LA PERSISTANCE DE LA VIRULENCE DU PNEUMOCOQUE. — V. ULCÈRE MÉCONNU DE L'ESTOMAC; MORT PAR GASTRORRHAGIE ET PERFORATION. — VI. LA VÉRITABLE CAUSE DE L'APPENDICITE.

I

(*Séance du* 3 *mars*). — MM. ANTONY et ROUVILLON présentent à la Société un jeune soldat de 22 ans incorporé en novembre dernier; fils d'une mère alcoolique, n'ayant ni frère, ni sœur, il a été pris de son tremblement à l'âge de 7 ans, après avoir été jeté dans une rivière par des camarades. A l'âge de 18 ans, il aurait eu plusieurs attaques de nerfs. A son entrée au Val-de-Grâce, son tremblement siégeait dans la main droite principalement, qui était agitée de mouvements irréguliers surtout marqués dans le sens latéral. A ce moment, il n'y avait aucun autre symptôme, sauf un léger rétrécissement du champ visuel. Depuis, son tremblement a augmenté et quelques phénomènes nouveaux se sont manifestés.

Debout ou couché, sa main et l'avant-bras droit sont animés de mouvements oscillatoires assez réguliers qui augmentent visiblement lorsque le malade se sent observé. Ce tremblement ne cesse qu'au repos absolu, lors du sommeil profond.

Le malade étant debout, les bras pendants, la main

droite est placée dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination, les quatre derniers doigts sont réunis et légèrement fléchis, le pouce est en demi-extension.

L'avant-bras, et parfois tout le bras, lorsque le malade est ému, sont agités par des oscillations rapides, de courte amplitude, consistant en mouvements successifs d'adduction et d'abduction du membre, par rapport à l'axe médian du corps. Ces oscillations sont au nombre de trois environ par seconde. Il existe en outre des mouvements rythmiques spéciaux de flexion et d'extension de la main droite. Lorsque le bras est étendu dans l'attitude du serment, le tremblement s'accentue au niveau de la main et l'on constate, en outre, des mouvements de latéralité sans que les doigts présentent des oscillations individuelles.

A l'occasion des mouvements volontaires, l'amplitude du tremblement est augmentée, sans qu'il y ait d'incoordination. Le malade atteint le but désiré après des oscillations successivement croissantes, mais il effectue l'action indiquée.

Quand on veut le faire écrire, sa main s'agite jusqu'à ce que le crayon soit fixé sur le papier; il écrit alors très nettement deux ou trois lettres d'un seul trait, s'arrête et tremble quelques secondes, puis repart comme précédemment.

Ce caractère, malgré quelques stigmates hystériques que nous allons énumérer, fait porter par M. Antony le diagnostic de *tremblement essentiel*. Au point de vue *hystérie* concomitante, nous devons signaler le rétrécissement du champ visuel, les accidents convulsifs survenus vers 18 ans, quelques troubles de la sensibilité au niveau de

la main droite : aucune douleur à la piqûre, les objets froids produisent une sensation de chaleur.

II

M. ANTONY présente un second malade atteint de *surdi-mutité hystérique.*

C'est un Italien de 25 ans, ayant eu une sœur atteinte de convulsions dans son enfance, en ayant eu lui-même; fièvre typhoïde; mordu en janvier 1898 par un chien suspect de rage, suit le traitement antirabique à Alger.

En mars 1898, il éprouve pendant plusieurs jours une violente céphalalgie; tombe sans connaissance dans la cour, avec crise convulsive ; depuis ce moment, il est dans l'impossibilité d'entendre et de parler.

III

MM. FERNET et LEJARS viennent lire l'observatoire d'un homme de 51 ans, cocher, entré à l'hôpital Beaujon, le 7 octobre, pour une bronchite durant depuis quinze jours. La fétidité de l'haleine après les secousses de toux, l'odeur des crachats firent penser à une gangrène consécutive à une broncho-pneumonie ; les signes stéthoscopiques montraient que la gangrène siégeait dans le lobe supérieur droit, l'état fébrile, d'abord assez modéré, s'élevant, M. Fernet et M. Lejars se décidèrent à pratiquer la pneumotomie le 24 octobre.

En incisant le poumon, on trouva une cavité capable de loger le poing et dont on put extraire un gros bourbillon sous la forme d'écheveau de tissus filamenteux infiltrés de matières putrilagineuses d'une odeur infecte, la cavité fut lavée à l'eau bouillie et pansée à la gaze iodo-

formée; les lavages et les pansements furent renouvelés les jours suivants.

Tout paraissait aller vers la guérison, lorsque la fièvre reparut et le malade succomba à une tuberculose assez rapide.

L'intérêt de cette observation est dans le succès momentané de l'intervention chirurgicale, succès qui semblait devoir devenir définitif, sans la tuberculose intercurrente.

M. Rendu a été frappé de ce fait qu'on a pu faire des lavages presque quotidiens de la poche pulmonaire sans provoquer d'accidents; d'ordinaire ces lavages sont impraticables et provoquent des crises de suffocation. M. Rendu serait porté à penser que le malade était tuberculeux depuis déjà quelque temps, que la broncho-pneumonie ayant déterminé la gangrène a eu lieu chez un tuberculeux, dans un poumon déjà malade, sclérosé; c'est ce qui expliquerait et la possibilité des lavages et la présence de de ce bourbillon gangréneux libre dans une poche isolée.

IV

(*Séance du* 10 *mars*). — MM. Caussade et Laubry ont observé un cas très intéressant de *congestion spléno-pneumonique* ayant duré trois mois et demi et que nous allons résumer.

Le 2 mars 1898 entre à l'hôpital Saint-Antoine un homme de 49 ans, malade depuis trois jours : point de côté violent, à gauche, avec dyspnée, toux quinteuse expectoration verdâtre non fétide ; température 39°,2.

Matité absolue de tout le poumon gauche, moins nette

par une percussion légère, surtout à la base qui paraît moins mate que le sommet; abolition complète des vibrations thoraciques; aucun son à l'auscultation, ni par la respiration, ni par la parole; cependant, après quelques violentes quintes de toux, on perçoit un très léger souffle tubaire, très voilé, dans la région de l'aisselle. Le cœur est dévié; le poumon droit normal, avec respiration puérile et exagérée.

Le diagnostic d'épanchement pleural gauche total devait être rejeté, à cause des caractères de la matité et des commémoratifs; un épanchement aussi considérable n'aurait pas pu se faire en trois jours.

Jusqu'au 20 mars, aucune modification dans les signes stéthoscopiques, état analogue; courbe thermométrique très irrégulière, mais oscillant entre 39 et 40°. Le diagnostic de pneumonie massive devait aussi être rejeté à cause de la durée de la malade.

M. Caussade croyait à une congestion pulmonaire, mais le malade commençant à maigrir, on pouvait penser à une tuberculose : Il fit une ponction exploratrice dans le poumon et examina des crachats. La ponction ne permit de retirer que quelques gouttes de sang non aéré, ni spumeux, preuve de la condensation du parenchyme pulmonaire et de l'absence d'épanchement

Les crachats étaient nettement purulents; ils contenaient du pneumocoque Talamon-Frankel à l'état de pureté. Une souris fut inoculée et mourut en dix-huit heures. Le sang de son cœur et des frottis de son poumon firent retrouver des pneumocoques purs.

A la fin de mars, le sommet gauche tend à se dégager; à la partie moyenne et à la base, on entend un souffle.

Le 31 mars, la fièvre tomba subitement pour se rallu-

mer le lendemain ; à ce moment, l'autre poumon se prend de bas en haut ; simultanément le poumon gauche se dégage dans le sens inverse, de haut en bas.

Une inoculation faite avec les crachats à une souris, au commencement de mai, tue cet animal en dix-huit heures et les résultats des examens bactériologiques sont identiques aux précédents.

Même état pendant le mois de mai, où le poumon gauche continue à se dégager, le poumon droit restant toujours dans le même état. A la fin du mois, nouvelle inoculation à une souris, donnant les mêmes résultats.

Pendant le mois de juin, la fièvre va en diminuant, la résolution du poumon gauche devient complète, ainsi que celle du poumon droit, dont les lésions ont, en somme, évolué plus rapidement.

Voici les conclusions que M. Caussade tire de son observation.

1° La congestion pulmonaire peut être massive et simuler la pleurésie à vaste épanchement ;

2° Cette congestion pulmonaire peut avoir une durée de trois mois et demi ;

3° Quand le processus regresse, il le fait d'une manière progressive, semblant suivre un ordre déterminé, c'est-à-dire se retirant d'abord des régions primitivement frappées, pour quitter, en dernier lieu, celles qui ont été les dernières atteintes ;

4° Cette congestion est à pneumocoques Talamon-Frankel purs. Dans nos 3 examens, une seule fois nous avons trouvé le pneumocoque avec quelques cocci ;

5° Ce pneumocoque est virulent ;

6° Cette virulence a persisté pendant trois mois, c'est-à-dire à peu près pendant toute la durée de l'affection.

M. Rendu trouve plusieurs remarques à faire à propos de cette observation.

D'abord on observe assez souvent des spléno-pneumonies, qui durent longtemps, mais elles sont ordinairement unilatérales.

De plus, la résolution ne suit pas ordinairement cette marche progressive relatée par M. Caussade dans son observation.

V

M. Florand lit l'observation d'un malade mort dans son service.

Il s'agit d'un homme de 49 ans, entré à l'hôpital Laennec le 3 février, pour des souffrances atroces, à crises paroxystiques ; violente douleur fixe, étalée en plaque sous le rebord des fausses côtes gauches, présentant des crises très douloureuses, augmentée par la pression ; cette douleur s'irradiait vers la partie supérieure du thorax, derrière le sternum, les côtes gauches, vers le cou et le bras gauche ; cette douleur ne s'accompagnait pas de vomissements, ne paraissait pas avoir de rapport avec l'ingestion des aliments. Le malade avait maigri d'une trentaine de livres. Cette douleur avait été considérée comme une angine de poitrine, comme une gastralgie, comme dépendant d'une maladie de cœur. C'était un morphinomane.

Tous les traitements échouèrent. Le 3 mars, au moment de la visite, il poussait des cris aigus : il avait vomi, quelques heures avant, une gorgée de sang noirâtre, d'odeur fade, très fétide ; il était couvert de sueur, les extrémités froides, sans pouls, et mourut quelques instants après.

L'autopsie démontra qu'il existait au niveau de la petite

courbure un ulcère arrondi ayant gagné une coronaire stomachique qui était béante et ayant amené une petite perforation de l'estomac. L'estomac était relié au pancréas par des adhérences.

Il était mort en réalité d'une hémorrhagie causée par un ulcère méconnu.

M. Florand rapproche cette observation d'une précédemment communiquée par le Dr Merklen et montre une fois de plus que « la douleur avec irradiations rétro-sternale, cervicale et brachiales peut être le symptôme unique, exclusif de l'ulcère simple de l'estomac. »

M. Rendu rapproche de ces deux faits un cas analogue de M. Routier et un qu'il a dans son service ; il s'agit d'une jeune femme ayant eu des hématémèses à plusieurs reprises et souffrant de ces douleurs présternales quand elle est debout et que son estomac est rempli d'aliments. C'est donc là une symptomatologie fort importante à connaître, car elle peut faire diagnostiquer des adhérences de la petite courbure et, par suite, faire soupçonner l'existence d'un ulcère calleux de cette région.

VI

(*Séance du 24 mars*). — M. Faisans fait une communication sur la *véritable cause de l'appendicite*, qui pour lui serait la grippe. Il rappelle d'abord une communication de Merklen faite en mars 1897, basée sur trois observations d'appendicite développée au cours d'une grippe saisonnière. Jalaguier a signalé des appendicites au cours de la grippe, de la rougeole, de la varicelle, des oreillons ; M. Carron de la Carrière a vu un enfant pris simultanément d'appendicite et d'amygdalite.

Il fait remarquer ensuite les deux faits suivants qui lui

paraissent indéniables ; le premier c'est que l'appendicite est devenue d'une fréquence extraordinaire depuis une dizaine d'années, et cela, non seulement en France, mais dans toute l'Europe et en Amérique ; or, c'est il y a dix ans que la grippe a fait son apparition.

Le second fait c'est que chaque épidémie de grippe est presque invariablement accompagnée d'une recrudescence d'appendicites.

D[r] Marc JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS ET ANGLAIS

LES REMÈDES DE LA FLATULENCE

D'après Stouham il y a six remèdes principaux pour combattre le développement abondant de gaz dans l'estomac et les intestins.

Carbo vegetabilis : Grande distension et sensation de plénitude à tel point que l'estomac semble très lourd et comme abaissé et le ventre plein à éclater. La flatulence semble également distribuée à l'estomac et aux intestins ; il y a énormément de gaz par en haut et par en bas sans effort ni soulagement. La flatulence n'excite pas par sa présence l'action spasmodique des fibres musculaires de l'intestin.

China : Le gonflement et le sentiment de distension de l'estomac s'accompagnent d'éructations amères ou ayant le goût de la nourriture et des rôts qui ne soulagent pas et il y a des douleurs constrictives du ventre. Le gonfle-

ment est soulagé par le mouvement (le contraire de Bryonia). China est spécialement utile dans les cas causés par l'abus du thé ou par l'affaiblissement du système nerveux et ordinairement, les douleurs spasmodiques sont pires la nuit. Il remble qu'il convient plutôt que les autres remèdes quand le système nerveux est épuisé.

Argentum nitricum. — Flatulence localisée surtout à l'estomac, rôts après chaque repas, mais qui se font avec difficulté comme s'il y avait quelque résistance dans la région du cardia.

Bryonia — Grande distension et grande sensibilité du ventre surtout à la partie supérieure : Piqûres et quelques autres douleurs qui empêchent la respiration ; les symptômes sont aggravés par le plus léger mouvement ; hoquet et éructations qui commencent immédiatement après le repas ; les éructations soulagent.

Lycopodium. — Pas de flatulence dans l'estomac,mais beaucoup dans les intestins et surtout dans le colon. Les gaz sont incarcérés et causent une pression en haut vers le diaphragme avec la sensation d'une corde serrée autour de la taille et également pression en bas sur le rectum et la vessie. Il y a beaucoup de vents dans l'angle splénique du colon, beaucoup de fermentations dans le ventre avec grondements et grognements, coliques et évacuation de beaucoup de gaz par l'anus.C'est par dessus tout le remède de la flatulence intestinale.

Nux vomica. — L'épigastre est gonflé, mais seulement deux ou trois heures après le repas et il y a une sensation de pression semblable à celle que produirait une pierre dans l'estomac. Il y a aussi un peu de pression sous les fausses côtes. Il peut y avoir beaucoup de coliques spasmodiques et de pression vers le bas avec de faux besoins

d'aller à la selle. Il y a plus de coliques et moins de distension que dans Lycopodium à qui il ressemble le plus (*Journal of the Med. Hom. Society*).

TRAITEMENT DE L'HÉMATURIE D'ORIGINE VÉSICALE

Le Dr R. Haeger recommande les médicaments suivants :

Mezereum. — Lorsque l'hématurie est due à des varices de la vessie.

Uva ursi. — Utile dans le catarrhe de la vessie, et arrête l'hématurie due à des ulcérations de la muqueuse vésicale.

Lycopodium. — Doit être employé quand il y a un calcul dans la vessie ou diathèse urique ; également dans le catarrhe chronique avec rétention d'urine. Au même point de vue, Salsepareille agit comme Lycopodium. Acidum benzoic est un remède similaire.

Copahiva. — Ce médicament détermine le catarrhe des voies urinaires avec brûlures et besoins d'uriner par suite d'irritation de la vessie et de la muqueuse uréthrale. Copaiva et Cubebe sont utiles dans l'irritation de la muqueuse vésicale due à la présence d'une pierre et dans l'épaississement de la muqueuse consécutive à un catarrhe chronique. Urine sanguinolente.

Erigeron. — L'urine sanguinolente est aussi sous le contrôle de ce remède.

Camphre. — Ce médicament, de même que cantharis, cause du délire, des convulsions, du priapisme, de la strangurie, utile dans le catarrhe de la vessie.

Cantharis. — C'est le principal remède et il agit excellemment dans la violente inflammation de la vessie, dans l'irritation vésicale due à un calcul. Violente hémorrhagie,

pendant laquelle on urine peu et souvent. L'urine est rouge vif. Les symptômes atteignent le plus haut degré et les douleurs sont excessivement violentes.

Capsicum. — Indiqué dans les affections de la vessie chez les personnes obèses, indolentes et lymphatiques.

Thuya. — Très utile dans les affections vésicales qui s'accompagnent d'un ténesme continuel et où les essais d'urines n'amènent que quelques gouttes d'urine sanguinolente.

Belladone. — Agit bien au début des maladies de la vessie.

Cannabis. — Semblable à cantharis, s'emploie dans les catarrhes et lorsqu'il y a calcul dans la vessie. Hyosciamus et Opium ressemblent tout à fait à Cannabis (*The Hahnemannian Monthly*).

Dr G. Nimier

REVUE DES JOURNAUX

Addition d'orthoforme, comme analgésique aux injections de calomel.

M. Danlos. — Le malade que voici est un syphilitique de vieille date, atteint de glossite scléro-gommeuse. Dans ces derniers temps sa langue avait doublé de volume et était devenue si douloureuse, qu'il offrait des troubles fonctionnels assez inquiétants. Toutes les autres formes de traitement spécifique s'étant montrées insuffisantes, je proposais des injections de calomel, et comme le patient les redoutait beaucoup à cause de la douleur, j'essayai

d'additionner le calomel d'une certaine quantité d'orthoforme. Voici la formule que j'ai employée :

Huile de vaseline	1 c. c.
Calomel.	0 gr. 05 centigr.
Orthoforme.	0 — 08 —

Les résultats thérapeutiques furent excellents, mais ce qu'il importe surtout de faire remarquer, c'est que le malade ne ressentit aucune douleur, et c'est à peine s'il accusa un peu de gêne locale vers le quatrième jour, époque à laquelle se montrent habituellement les douleurs vives que provoquent en général les injections de calomel. Je pus répéter dans la suite cinq fois l'injection avec le même succès.

Cet essai mérite, je crois, d'être renouvelé, car l'emploi de l'orthoforme est sans danger, puisqu'il n'est pas toxique ; de plus, le mélange de ce médicament au liquide de l'injection laisse celui-ci parfaitement homogène (*Semaine médicale*, 18 janvier.)

Valeur thérapeutique de l'apocyn dans les hydropisies cardiaques.

Bien que le chanvre du Canada ou apocyn (*Apocynum cannabinum*) soit employé depuis longtemps comme diurétique et antihydropique, surtout aux Etats-Unis d'Amérique, son action dans les affections du cœur avec troubles de compensation n'est pas encore bien déterminée. Pour préciser le meilleur mode d'emploi de ce médicament, ainsi que ses indications et ses contre-indications, M. le Dr A. I. Kostkiévitch, médecin en chef de l'hôpital du Tsarévitch Nicolas à Kiev, a institué sur 50 sujets atteints de lésions cardiaques variées, une série d'essais cliniques,

pour lesquels il s'est servi de l'extrait fluide d'apocynum cannabinum. Il a pu ainsi établir tout d'abord que la dose thérapeutique de cette préparation varie entre III et VIII gouttes, répétée trois fois par jour, et de doit jamais dépasser la quantité quotidienne de XXIV gouttes, des doses plus élevées ayant souvent pour effet d'augmenter la dyspnée et les palpitations, de déterminer des pulsations fort pénibles dans la tête, ainsi que des troubles gastro-intestinaux caractérisés par des douleurs abdominales, de la nausée, des vomissements et de la diarrhée.

Mais administré aux doses modérées sus-indiquées, l'extrait fluide d'apocyn produit chez les cardiaques atteints de troubles de compensation une augmentation de la diurèse avec renforcement du pouls, diminution de la matité précordiale, disparition de la dyspnée, des palpitations, de la stase veineuse hépatique et des œdèmes. Cette action favorable, beaucoup plus marquée dans la maladie mitrale que dans la maladie aortique, se manifeste généralement dès le troisième jour du traitement et atteint son maximum entre le cinquième et le septième.

Notre confrère a pu encore se convaincre que, en provoquant une contraction énergique des artères, l'apocyn agit sur les vaisseaux avec plus de rapidité et d'intensité que la digitale et le strophantus et que, par suite, il est contre-indiqué dans tous les cas où la pression artérielle est exagérée, comme dans l'artério-sclérose et la néphrite interstitielle, par exemple. De fait, dans ces conditions M. Kostkiévitch a vu sous l'influence de l'extrait d'apocyn les accès asthmatiques et la matité cardiaque augmenter notablement, en même temps que la quantité des urines diminuait et que le pouls se ralentissait jusqu'à 48, et même jusqu'à 40 battements par minute. (*Semaine médicale*, 18 janvier.)

Voici encore un nos demédicaments, employé par nos confrères homœopathes des Etats-Unis, qui entre dans la pratique officielle où il rendra des services.

Le Calomel en suppositoires contre les hémorroïdes.

D'après l'expérience d'un confrère russe, M. le Dr I. Klévtzov, des suppositoires au beurre de cacao contenant chacun 0 gr. 30 centigrammes de protochlorure de mercure auraient pour effet de faire diminuer rapidement les tuméfactions hémorrhoïdaires et d'enrayer les hémorrhagies dont ces tumeurs constituent la source. Le malade s'introduit chaque jour ou tous les deux jours un suppositoire au calomel, et on surveille l'état de ses gencives afin de pouvoir suspendre le traitement au moindre signe de stomatite mercurielle. Il suffirait de 12 à 15 suppositoires pour obtenir le résultat voulu. (*Semaine médicale*, 8 mars.)

Attaques épileptiformes a la suite de l'intoxication expérimentale par le tabac.

MM. Ballet et Faure rapportent à la Société de Biologie qu'en injectant sous la peau, à des animaux notamment à des chiens, une macération de tabac à chiquer, ils ont déterminé l'apparition d'accidents convulsifs toniques et cloniques présentant tous les caractères de l'épilepsie. La dose de macération de tabac susceptible de provoquer ces accidents varie quelque peu avec l'âge des animaux, mais doit toujours être supérieure à 2 centimètres cubes par kilogramme d'animal. (*Semaine médicale*, 9 février.)

NÉCROLOGIE

Mort du Dr A. Teste

Le Dr Teste vient de mourir dans sa 86e année, et le plus grand éloge qu'on puisse faire de lui, c'est de dire que cette existence, de presqu'un siècle, a été bien remplie.

Teste était un savant de grande race ; il joignait à une intelligence supérieure, le don de la parole et une facilité de style qui lui permettait d'exposer avec clarté les questions les plus ardues de la science. Teste ajouta à ces dons naturels toutes les forces qui naissent d'un travail assidu ; il n'est donc point étonnant qu'il ait marqué sa place dans la réforme homœopathique et produit des œuvres durables.

On n'attend pas de nous que nous fassions ici l'histoire particulière de M. Teste. Nous nous proposons un but plus élevé, c'est de montrer quelles ont été ses doctrines et quelles œuvres il a laissé.

Élève direct de Hahnemann, Teste est réclamé par quelques-uns comme *un pur*. Et le temps marche si vite que nous nous croyons obligés, pour être compris de la jeune génération, de dire qu'on appelle *purs* les médecins qui croient et enseignent tout ce qu'a cru et enseigné Hahnemann.

Eh bien ! Teste n'est pas un pur ; c'est même là ce qui fait son mérite et son originalité. Sans doute, il croit, comme Hahnemann, à la loi des semblables, aux doses infinitésimales et à la matière médicale expérimentale.

Mais il se sépare complètement du Maître sur deux points qui sont toujours liés : la doctrine étiologique et la doctrine thérapeutique. Il ne croit point que la maladie soit un simple désaccord causé par une force immatérielle et il n'explique pas non plus l'action du médicament par un dynamisme pur. Il n'hésite pas à regarder tout cet enseignement, si cher à Hahnemann et aux Hahnemanniens, comme le résultat d'hypothèses et non d'observations.

Teste a raison. Quand Hahnemann parle d'expérimentation des médicaments sur l'homme sain, quand il rend ainsi possible l'application de l'axiome hippocratique *similia similibus* ; quand Hahnemann place la méthode expérimentale comme la règle suprême en thérapeutique ; et qu'il soumet à cette règle sa réforme toute entière, Hahnemann est un génie. Et, je le dis hautement, ils sont trois maîtres dans la tradition : Hippocrate qui a trouvé la formule *similia similibus*, Hahnemann qui l'a rendue applicable par la découverte de la matière médicale expérimentale et des petites doses, et Pasteur qui a rendu palpable pour tout homme de bonne volonté la loi de similitude et l'atténuation des doses.

Mais si grand que soit un homme, on ne doit point admirer ses défaillances. Pallas seule a eu le privilège de sortir toute armée de la tête de Jupiter.

Quand Hahnemann nous dit que la cause de nos maladies et les agents qui les guérissent sont immatériels, nous sommes obligés de constater une erreur, fruit direct du faux vitalisme qui a régné si longtemps à Montpellier. Hahnemann professe, en effet, qu'en dehors de l'âme et du corps, l'homme possède un *principe vital* qui gouverne la vie organique.

C'est à cette doctrine qu'Hahnemann est redevable des erreurs de physiologie et de pathologie générale qui déparent son œuvre.

Teste avait bien compris cette erreur.

La théorie de Hahnemann sur l'action du médicament dans la guérison de la maladie est nettement formulée à la page 109 de l'*Organum*. Cette théorie repose sur deux hypothèses : c'est, d'une part, que les causes morbides n'agissent sur l'organisme qu'autant que cet organisme le leur permet, tandis que le médicament agit en toute circonstance et sur tous les hommes, en sorte que les *puissances médicinales sont absolues* et *infiniment supérieures aux puissances morbifiques*.

S'appuyant sur ces deux hypothèses « Hahnemann a imaginé que les médicaments opéraient la guérison des maladies, en substituant à ces dernières des maladies artificielles à la fois plus intenses et plus éphémères que ne l'étaient celles-là » (*Systématisation de la matière médicale*, introduction, page 23).

Teste combat avec juste raison l'explication de l'action curative des médicaments par la substitution et laisse à Trousseau la propriété toute entière de la *méthode substitutive*.

Nous disions il y a un instant que Teste n'était point un homœopathe pur et nous allons montrer qu'il comprend bien mieux que Hahnemann et les hahnemanniens la thérapeutique générale. Il compare et il rapproche avec juste raison la cause des maladies et le médicament. Il ne voit entre eux « aucune différence radicale » ; les uns et les autres sont causes, les premiers de maladies, les seconds d'un ensemble de phénomènes qui mérite le nom de maladie médicamenteuse. Il conclut ainsi : « Il

n'existe aucune différence essentielle entre le médicament dynamique et le miasme contagieux, et, par conséquent, point de différence essentielle entre la maladie médicamenteuse et la maladie naturelle » (*Loc. cit.*, p. 26).

Pressentant l'avenir, Teste a deviné la *sérumthérapie*. « Le médecin se servirait très probablement dans le même but (pour traiter les maladies) des miasmes générateurs du typhus, de la variole, du choléra, etc., s'il parvenait à s'en saisir et à en disposer à son gré. » (*Loc. cit.*, p. 22).

Les grandes intelligences ont le don de ces prévisions. Ce que Teste exprimait par un conditionnel s'est réalisé. Aujourd'hui on a saisi l'agent des maladies infectieuses et nous savons nous en servir et pour prévenir et pour guérir.

Teste a encore fait acte d'honnête homme en rétablissant la vérité historique sur l'origine du fameux axiome *similia similibus curantur*. Hahnemann avait dit dans l'*Organum* que cet axiome avait été soupçonné par un certain nombre de médecins (page 100). « *Soupçonné* n'est pas assez dire », ajoute Teste (*Loc. cit.*, p. 27) et il cite tout au long le texte bien connu d'Hippocrate traduit par Littré.

Pour achever de faire connaître les doctrines de Teste, nous rappellerons qu'il a combattu également et le spécificisme et l'individualisation excessive. Il regrette que cette dernière erreur ait porté Hahnemann à adopter, pour la description des effets médicamenteux, l'énumération des symptômes en suivant l'ordre anatomique. Il fait remarquer justement que cette méthode, loin de constituer des tableaux, images de la maladie médicamenteuse, éparpille, pulvérise pour ainsi dire tous les phénomènes

produits par les médicaments, d'où une ressemblance vague de tous les médicaments entre eux et une grande difficulté pour appliquer, d'après la loi homœopathique, ces connaissances aussi nombreuses qu'indigestes au traitement d'une maladie.

Telles sont les grandes lignes des doctrines médicales qui ont guidé Teste dans son enseignement. Et si, en commençant cet article, nous avons dit que Teste était un médecin de grande race, ce n'était point uniquement pour placer une épithète en dehors des éloges vulgaires, Teste était un savant de grande race parce que, doué d'une intelligence supérieure, il a su discerner et honorer les vérités doctrinales même à l'encontre des sympathies et du respect qu'il avait pour son maître et pour ses aînés dans la Réforme hahnemannienne.

Teste a beaucoup écrit dans les journeaux homœopathiques, mais en dehors de ces articles il a fait plusieurs livres. C'est d'abord le *magnétisme animal expliqué* en 1845, puis le *Traité homœopathique des maladies aiguës et chroniques des enfants* en 1850, plus tard le *Manuel pratique du magnétisme animal* qui contient l'application du magnétisme au traitement des maladies, enfin son œuvre capitale la *Systématisation pratique de la matière médicale homœopathique* en 1853.

Bien longtemps après et à la fin de sa carrière, il fit paraître un charmant opuscule intitulé *Comment on devient homœopathe*.

Nous ne parlerons point de ses travaux sur le magnétisme ; ces questions ayant été placées sur un tout autre terrain par Charcot et l'école de la Salpêtrière.

I. *Traité homœopathique des maladies chroniques et aiguës des enfants.* — Jean Paul Tessier, en rendant compte

de cet ouvrage dans l'*Art médical*, dit avec raison : « Ce n'est pas une simple compilation, mais un *travail.* » L'esprit original de Teste a inspiré ce livre et lui a donné son caractère. Les traitements indiqués pour chaque maladie n'ont rien de banal, et à côté de quelques-uns, évidemment mal inspirés comme celui du croup par Ipeca et Bryone, s'en trouvent beaucoup d'autres, fruits d'une véritable observation et qui sont passés dans la pratique. Je citerai en première ligne *Muriatis acidum* et *Belladone* dans le traitement de la fièvre typhoïde. Citons encore le traitement de l'*eczéma* et de l'*impétigo*, et plus particulièrement celui de la *coqueluche ;* et les indications de *corallia rubra*, médicament si extraordinairement efficace à la 30e dilution, toutes les fois qu'il est bien indiqué.

II. *Systématisation pratique de la matière médicale homœopathique.* — Teste, lui aussi, s'est laissé tenter par cette œuvre impossible de la systématisation de la matière médicale. Il comprenait mieux que personne les défauts de la méthode employée par Hahnemann pour décrire les effets des médicaments sur l'homme sain. Ses études l'avaient mis à même de saisir toutes les difficultés présentées par l'exposé de la matière médicale dans les livres de Hahnemann. Il voyait ces difficultés s'accroître à mesure que s'augmentaient les richesses de la matière médicale, et il ne lui était pas difficile de prévoir le moment où cette étude deviendrait tout à fait impossible. La tentative de Jahr de présenter un abrégé de ces matières médicales n'avait abouti qu'à augmenter la confusion. Il est certain qu'il était nécessaire de faire quelque chose et que la tentative de Teste devait être faite, et si elle n'a pas réussi, c'est que la réussite était impossible.

Teste est parti de cette idée que les effets produits sur l'homme sain par les médicaments représentaient une maladie médicamenteuse ; et que ces maladies médicamenteuses pouvaient rentrer dans les cadres d'une classification, puisque les maladies ordinaires rentrent dans une classification. Or ce point de départ est faux. Les maladies médicamenteuses sont loin de constituer des espèces comme les maladies ordinaires et c'est pour cela qu'elles ne peuvent être classées.

Teste établit vingt types de médicament. Ces vingt types contiennent chacun un nombre variable de médicaments qui, d'après notre auteur, présentent une certaine analogie d'action. « Chacun de ces 20 groupes, dit Teste, représente une série de médicaments ou mieux encore de maladies médicamenteuses plus ou moins analogues entre elles par leur marche et leurs symptômes », (page 58).

Cet essai de systématisation n'a été accepté par personne.

Les analogies d'actions qui avaient porté Teste à réunir dans un même groupe un certain nombre de médicaments étaient trop contestables pour entraîner la conviction chez la généralité des médecins.

Mais si la systématisation de la matière médicale ne pouvait pas réussir, il fallait cependant trouver une méthode différente de celle de Hahnemann pour l'exposition des effets produits par les médicaments sur l'homme sain, si on voulait rendre possible l'étude de la matière médicale. Pour cela, il fallait s'inspirer d'une vérité qui était dans l'esprit de beaucoup, mais que Teste a eu le mérite de formuler dans son introduction.

Après avoir fait la critique, comme nous l'avons déjà dit,

de la méthode employée par Hahnemann dans la rédaction de sa pathogénésie, Teste ajoute : « Toute maladie naturelle ou médicamenteuse a sa marche propre, ses phases successives d'invasion, d'accroissement, d'état, de décroissance et de terminaison, et, dans ma conviction, ce n'est que par une description exacte de ces diverses périodes qu'il est possible de donner une idée vraie de son ensemble » (page 42).

Oui, pour rendre les pathogénésies intelligibles, il faut énumérer les symptômes dans leur ordre d'évolution, conserver leur association, en un mot tracer un tableau qui représente et permet de reconnaître l'action d'un médicament. Il faut, en un mot, exposer l'histoire des médicaments, comme on expose l'histoire d'une maladie ; c'est ce que Richard Hughes a fait avec succès; et c'est ce que nous avons fait, nous aussi, dans nos *Eléments de matière médicale expérimentale*, avec le concours de nos amis.

III. *Comment on devient homœopathe.* — Ce livre ne peut être analysé, il faut le lire. Ecrit avec conviction, dans un style clair et entraînant, il a amené à l'homœopathie, non seulement des médecins, mais encore beaucoup de personnes de la société.

Dans les lignes qui précèdent, nous nous sommes efforcés de faire connaître les doctrines et les travaux de Teste. Nous n'avons parlé que du savant, que de l'homme de science.

Teste possédait, en outre, et au suprême degré, toutes les qualités du médecin praticien : sa clientèle fut nombreuse, ses rapports avec les confrères toujours aimables. Il porta très haut l'honorabilité médicale, et les sentiments de bonne confraternité qui devraient toujours unir les médecins.

Dr P. JOUSSET.

Le docteur Martin, homœopathe à Douai, vient de mourir dans sa quatre-vingt deuxième année.

Homœopathe de la première heure, le docteur Martin consacra sa longue existence à la propagation des doctrines de Hahnemann, par la guérison des malades de sa nombreuse clientèle. Praticien honnête et consciencieux, il emporte les regrets et l'estime de tous ceux qui l'ont connu.

D^{r}. P. J.

VARIÉTÉS

L'ŒUVRE DU TOMBEAU DE HAHNEMANN

14e liste de souscription

Souscriptions envoyées par M. le Dr Miguel Velasco y Velasco, à Guatemala, Amérique centrale.

	Francs.
Micaela Rodríguez.	61.80
Lola W. de Lehnhoff.	20.61
Hersilia de Cofiño.	20.61
Corina J. de Aceña.	10.31
Ana D. de Díaz.	10.31
Guadalupe Díaz Durán.	10.31
Ana D. D. de Prentice (lettre) 50 fr.	50 »
Emilio Goubaud é hijos.	206.16
Antonio Carrera.	206.16
Luis G. Schlesinger.	206.16
Adrián Martínez.	206.16
J. B. V.	41.23
Pedro G. Cofiño.	30.93
Antonio Durán.	10.31

Agustín Hegel.	10.31
Francisco Vatte.	10.31
Dr Miguel Velasco y Velasco.	278.30
	1.390.00
M. le Dr Gachet, de Paris.	10 »
M. le Dr Imbert-Gourbeyre, de Clermont-Ferrand.	10 »
Souscriptions recuillies par la pharmacie homœopathique Peuvrier, à Paris : MM. Arquilleu à 5 fr., Martin, Thedaldy, Gelin, Roux à 2 fr., Traversier, Ringette, Thomas, Guérineau, Barghon, Bultey, Hournaux, Cauvy à 1 fr., Divers 1 fr.	27 »

Souscriptions envoyées par M. le Dr Frank Kraft, éditeur de l' « American homœopathist ».

Dr H. F. Biggar, Cleveland, Ohio.	125 »
Dr J. R. Pollock, ft. Worth, Texas.	25 »
Dr A. M. Duffield, Huntsville, Alabama. . .	25 »
Dr W. E. Deuel, Chittenango, N. Y.	25 »
Dr Frank Kraft, Cleveland-Ohio.	25 »
Dr M. A. Dewey, Ann Arbor, Michigan. . .	20 »
Dr Martin Besemer, Ithaca, N. Y	20 »
Dr G. E. Allen, Youngstown, Ohio.	10 »
	1.712 »
Listes précédentes . . .	13.123.90
Total.	14.835.90

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

MAI 1899

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

INJECTIONS DE SÉRUM ARTIFICIEL DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES (1).

Ces injections se font dans les vaisseaux, artères ou veines, et dans le tissu cellulaire. Elles ont remplacé avec un grand avantage la transfusion du sang, moyen héroïque dans les hémorrhagies graves, mais qui exigeait des instruments délicats et un manuel opératoire qui n'était pas à la portée de tous les médecins. Les injections de sérum, au contraire, même quand elles sont pratiquées dans les veines, ont une technique tellement facile, qu'elles peuvent être appliquées par tous les praticiens.

Manuel opératoire et composition du sérum. — Une seringue quelconque ou mieux l'appareil Potain ou celui de Dieulafoy, plus simplement un entonnoir, un tube de caoutchouc armé d'une aiguille peuvent servir à ces injections. L'aiguille doit pénétrer profondément dans le tissu cellullaire, ou bien dans une des veines du pli du coude

(1) Ce chapitre est extrait de notre nouvelle édition *des Eléments de pathologie et de thérapeutique générales* actuellement sous presse.

si l'injection doit être intraveineuse. Une asepsie absolue de la peau et des instruments employés est de rigueur.

Le liquide le plus généralement employé contient de 7 à 10 grammes de chlorure de sodium pour 1 litre d'eau distillée. La solution doit être stérilisée par une ébullition prolongée, ou mieux à l'autoclave, et employée à la température de 38 à 39° pour les injections intraveineuses.

Lejars recommande une certaine lenteur dans l'injection intravasculaire. Pour un chien de 8 kilogrammes, on ne doit laisser passer que 5 grammes d'eau salée par minute, soit 300 grammes par heure. La quantité totale de liquide injecté avec ces précautions peut atteindre les deux tiers du poids du corps. La diurèse qui s'établit permet à cette quantité énorme de liquide de s'écouler, et l'animal représente alors, suivant l'expression de Dastre, *un vase percé*. Ajoutons que chez les malades on n'a jamais injecté de semblables quantités d'eau, c'est-à-dire 43 litres pour un homme pesant 65 kilos.

Effets physiologiques. — Les renseignements sur ce point si important sont extrêmement pauvres, parce qu'ici, comme dans le reste de la thérapeutique, les médecins confondent les effets produits chez l'homme sain et chez l'homme malade. Il résulte des travaux de Delbet (Société de biologie 1896, p. 589), que l'injection intraveineuse de quantités même considérables d'eau salée, n'élève pas la pression artérielle, quand celle-ci est normale (p. 589). Si au contraire on a diminué la pression artérielle par la saignée, on ramène promptement cette pression à l'état normal par l'injection intraveineuse de sérum artificiel.

Les injections de sérum semblent diminuer le nombre

des globules rouges, mais cette apparence est due à la simple dilution du sang. Les globules sont plus ou moins déformés et quelques-uns présentent des dimensions très considérablement exagérées.

Charrin prétend que de petites injections répétées chaque jour élèvent la quantitée d'urée, la pression artérielle et la température (*loc. cit.* p. 806).

MM. Bosc et Vedel de Montpellier ont fait sur le chien des injections avec la solution salée à 7 pour 1.000 et ils ont observé les effets suivants : la respiration se ralentit, la circulation s'accélère, le pouls atteint 160 et 200 pulsations par minute. Après un frisson qui survient à la fin de l'injection, la température s'élève, et s'élève de 1 ou 2 degrés. *La pression sanguine n'est pas modifiée.* De 25 à 30 minutes après l'injection, la diurèse se produit, les urines sont abondantes, claires et sans albumine. Une salivation abondante s'établit et une légère diarrhée se manifeste dans les heures qui suivent l'injection. Les modifications dans la respiration, la circulation et la température ne durent que quelques heures et reviennent à l'état normal. Dans aucun cas, ces injections n'ont été suivies de mort immédiate ou éloignée. Si l'injection est poussée avec une vitesse insolite, 70 à 100 centimètres cubes par minute chez un chien, on peut produire un état de mort apparente qui disparaît très rapidement. La solution de 7 parties de chlorure de sodium pour 1.000 grammes d'eau ordinaire est celle qui donne le maximum d'effets physiologiques et le minimum d'effets nocifs (Société de biologie, année 1896, p. 749).

Etude expérimentale. — Les injections intraveineuses d'eau salée ont été expérimentées chez l'animal dans trois

conditions différentes : contre l'anémie, contre l'intoxication par les poisons, et contre l'intoxication par les toxines microbiennes.

Anémie. — Si par une saignée on retire à un chien une quantité de sang équivalant au 19e du poids de son corps, dose fatalement mortelle d'après les travaux de M. Hayem, une injection intraveineuse d'une quantité égale d'eau salée pratiquée immédiatement empêche la mort de l'animal.

Une quantité d'eau salée un peu supérieure à celle du sang enlevé, mais faite dans le tissu cellulaire empêche également la mort.

Mais, si la quantité de sérum injecté est inférieure à celle du sang perdu, la pression artérielle remonte pour un peu de temps, mais la mort n'en survient pas moins.

Dans la mort qui suit une énorme spoliation de sang faite en un seul coup, les vaisseaux et le cœur se contractent presque à vide et l'injection d'eau salée venant remplir de nouveau l'arbre vasculaire, la tension reparaît et la vie continue.

Enfin l'eau salée est hémostatique et les expériences de Hayem, de Faney et Fourneau ont démontré la rapide coagulation du sang et l'arrêt des hémorrhagies chez les animaux soumis aux injections d'eau salée.

Intoxication par les poisons. — C'est la strychnine qui a été choisie par les expérimentateurs comme le poison propre à étudier chez les animaux. Chassevant a réussi à empêcher les accidents de la strychnine quand les injections de sérum ont été faites avant l'apparition des accidents ; mais quand ces injections ont été faites à l'apparition des premières secousses, soit vingt minutes après l'inoculation, elles ont été inutiles.

Delbet, qui pratiquait l'injection d'eau salée immédiatement après l'injection sous-cutanée du poison, n'a réussi qu'une fois sur huit à arrêter les accidents.

Roger injecte l'eau salée avant d'insérer le poison sous la peau et c'est seulement après l'introduction de quantités considérables de liquide (228 centimètres cubes par kilo) qu'il retarde et atténue les accidents.

« Mais toutes les fois que la strychnine est injectée dans les veines, toujours, quelle que soit la quantité d'eau introduite, les animaux hydrémiés *succombent avant les témoins* ». On ne peut pas dire que, dans ces cas, l'évacuation des urines soit une diurèse d'élimination. Du reste, il a été impossible de retrouver la strychnine dans les urines.

Empoisonnement par les toxines microbiennes. — Le poison diphtéritique a servi à un grand nombre d'expériences, et, dans ce cas, tous les résultats sont concordants. Dastre et Loye, Henriquez et Hallion s'accordent pour reconnaître que, dans tous les cas, les lapins inoculés avec la toxine diphtéritique succombent avant les témoins quand ils sont soumis aux injections intra-veineuses de sérum. « L'injection salée dans l'intoxication diphtéritique, disent Henriquez et Hallion, ne réalise donc pas le lavage du sang et ne favorise pas l'élimination des produits toxiques. » (Société de biologie, année 1896, p. 757).

Infection coli-bacillaire. — Bosc et Vedel concluent de leurs expériences que les injections intra-veineuses massives d'eau salée n'empêchent pas la mort si le poison est à dose forte. Elles deviennent efficaces si la dose est moyenne *sous la réserve que la première injection soit aussi précoce que possible.* Des doses trop abondantes (260 cen-

timètres cubes par kilo), qui sont inoffensives chez l'animal sain, provoquent des accidents graves chez l'animal infecté : œdème hémorrhagique du poumon, épanchement sanglant dans les séreuses, etc.

Des effets physiologiques obtenus chez l'animal sain et des expériences instituées pour le traitement des intoxications et des infections chez les animaux, nous pouvons conclure que les injections d'eau salée remédient rapidement à l'hypotension vasculaire, fait cesser la syncope et arrête les hémorrhagies.

Les injections d'eau salée n'éliminent ni les poisons proprement dits, ni les toxines puisque les animaux traités par les injections de sérum périssent avant les témoins et qu'on ne retrouve pas le poison dans les urines évacuées. Si, dans quelques expériences, les injections massives d'eau salée ont empêché l'empoisonnement par la strychnine, elles n'ont produit de résultat qu'à la condition de pénétrer dans le sang avant le poison. En effet toutes les fois que la strychnine a été injectée directement dans le sang, l'eau salée n'a jamais retardé la mort des animaux. Il n'y a donc point *lavage du sang* à proprement parler. La réplétion des vaisseaux par une grande quantité d'eau salée, les évacuations qui s'établissent par tous les émonctoires et cette sorte de fièvre qui suit les injections d'eau salée dans les veines peut contribuer à empêcher l'action du poison, mais ce n'est certainement pas en l'entraînant mécaniquement au dehors.

Applications thérapeutiques. — Les injections d'eau salée dans les vaisseaux et dans le tissu cellulaire ont été employées pour combattre les hémorrhagies, les tendances à la lipothymie et à la syncope, les intoxications et les infections.

Hémorrhagies. — Les injections du sérum artificiel dans les veines sont un moyen héroïque de remédier aux lipothymies et aux syncopes qui accompagnent les grandes hémorrhagies. Elles opèrent de vraies résurrections, elles arrêtent l'hémorrhagie, en même temps qu'elles font disparaître ses accidents immédiats. Elles remplacent parfaitement la transfusion du sang, avec cet avantage que le sérum artificiel et sa technique opératoire sont partout et à tout instant à la portée du médecin. J'ajoute que l'injection sous-cutanée, d'une application plus facile que l'injection intra-veineuse, remplit un peu moins vite que cette dernière toutes les indications.

La quantité de sérum artificiel injectée doit être considérable. Chez un adulte, il ne faut pas hésiter à employer un litre de liquide dans les hémorrhagies graves. Il faut renouveler cette injection à la même dose ou à une dose plus faible si les accidents reparaissent.

Lipothymies. — Les injections de sérum artificiel trouvent encore leur emploi après la commotion cérébrale, à la suite des grandes opérations, contre ce qu'on a appelé le shoc opératoire. Tous ces états s'accompagnent de tendances à la lipothymie et d'hypotension artérielle.

Le chirurgien n'hésite pas à employer les injections massives de sérum artificiel chez les malades affaiblis qui doivent subir de grandes opérations.

Empoisonnements et infections. — Nous devons maintenant étudier l'emploi des injections de sérum artificiel dans le traitement des maladies, mais nous devons déclarer en commençant que nous entrons en plein dans le domaine des hypothèses.

Les injections de sérum artificiel ont été employées dans le traitement des empoisonnements proprement dits,

des infections et des intoxications, dont nous énumérerons les principales : L'infection streptococcique contenant l'ancienne diathèse purulente et l'érysipèle, le tétanos, la rage, les infections urinaires avec l'urémie et les éclampsies, le choléra indien et l'infantilis, les fièvres éruptives et typhoïde, les angines, les pneumonies et autres phlegmasies infectieuses.

D'après les documents que nous fournit le laboratoire, nous trouvons qu'il est absolument enfantin, d'expliquer l'action thérapeutique du sérum artificiel dans les maladies par le lavage mécanique du sang. Une seule chose est certaine, c'est le relèvement de la pression artérielle quand celle-ci a été abaissée ; c'est ensuite le mouvement fébrile caractérisé par un frisson initial, l'élévation de la température, l'accélération du pouls et *habituellement*, mais non toujours, par de la diurèse et par l'ouverture des autres émonctoires. J'ajoute que toutes les fois que la diurèse ne s'est point établie chez les malades soumis aux injections de sérum, ce moyen est resté sans effet.

La *clinique* aurait besoin d'être très affirmative dans ses résultats pour entraîner la conviction des médecins et les décider à employer habituellement les injections d'eau salée dans les maladies, mais la clinique non seulement n'est pas affirmative, elle est hésitante et contradictoire à tel point que, jusqu'à ce jour, il n'est pas possible d'avoir une opinion ferme sur la valeur des injections de sérum artificiel dans les maladies infectieuses.

Accidents. — Ce qui doit nous rendre encore plus circonspects dans l'emploi de ce moyen thérapeutique, c'est qu'il n'est pas, comme on se plaît à le dire, absolument dépourvu d'accidents. Ainsi, dans les expérimentations

sur les animaux, nous avons pu constater que des doses élevées qui restent inoffensives chez l'animal sain, deviennent nocives chez l'animal infecté et provoquent des accidents graves (Lejars p. 23). Enfin on a signalé chez l'homme l'hémoglobinurie, l'albuminurie, la glycosurie, qui, il est vrai, sont des accidents transitoires et n'ont pas l'importance de l'anasarque, de l'œdème pulmonaire et de la mort subite constatés dans un certain nombre de cas (Lejars p. 40).

Dr P. Jousset

ECOLE FRANÇAISE D'HOMOEOPATHIE

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

Messieurs,

Je vais vous exposer dans cette conférence le traitement de la pneumonie.

Si j'ai choisi cette maladie, c'est pour plusieurs raisons : la première, c'est que nous employons pour la traiter nos médicaments à doses infinitésimales ; par conséquent, si je vous démontre la supériorité du traitement homœopathique dans la pneumonie, je vous démontrerai en même temps la réalité de l'action des doses infinitésimales ; la seconde raison, c'est que le traitement homœopathique réussissant très souvent, étant bien connu et basé sur des indications positives, peut être choisi en première ligne par les médecins qui voudraient faire un essai de l'homœopathie ; enfin, il existe au sujet du traitement

de la pneumonie des statistiques nombreuses, empruntées pour la plupart à des ouvrages allopathiques, qui démontrent la supériorité du traitement homœopathique, non seulement sur le traitement allopathique, mais même sur l'expectation. De plus l'expectation nous a permis de connaître d'une façon parfaite la marche naturelle de la pneumonie ; or le traitement homœopathique modifie complètement la marche de la pneumonie, ce qui nous donne une démonstration évidente de l'action de l'homœopathie et des doses infinitésimales.

Dans une prochaine conférence, je vous parlerai du traitement de la pleurésie et du traitement de l'asthme ; vous y retrouverez un certain nombre des médicaments de la pneumonie, mais les doses que je vous indiquerai alors ne seront plus, pour ces médicaments, des doses infinitésimales, ce seront des doses pondérables. Cela vous montrera que nous ne sommes pas des intransigeants et que nous n'employons pas d'une façon systématique les doses infinitésimales. Nous n'avons qu'une seule règle pour le choix de la dose : l'expérience clinique ; j'ajouterai que nous sommes avant tout des médecins et que nous sommes prêts à accepter dans le traitement des maladies toute médication démontrée réelle même si elle n'est pas homœopathique ; nous devons ajouter que dans presque tous les cas la médication homœopathique nous suffit.

Nous diviserons le traitement de la pneumonie en trois parties ; dans la première, nous ferons la comparaison du traitement allopathique et du traitement homœopathique; nous montrerons d'abord que le traitement allopathique employé aujourd'hui diffère beaucoup de celui qui était employé il y a cinquante ans ; qu'il diffère beaucoup sui-

vant les opinions des médecins qui l'emploient ; qu'il n'a pas eu un mot de base, qu'il n'est pas un traitement véritablement scientifique ; qu'au contraire le traitement homœopathique est sensiblement aujourd'hui le même qu'il y a cinquante ans ; que ce sont les mêmes médicaments que nous donnons et aux mêmes doses et cela parce que nous nous appuyons toujours sur la même loi d'indication, la loi de similitude ; parce que la thérapeutique homœopathique est une thérapeutique vraiment scientifique. Dans notre seconde partie, nous démontrerons l'action des médicaments et des doses homœopathiques en montrant les modifications apportées dans la marche naturelle de cette maladie ; nous terminerons en vous rapportant quelques statistiques.

Je vous exposerai rapidement le *traitement allopathique* ancien, que j'ai emprunté au traité de Grisolle sur la pneumonie ; il était constitué par trois moyens, bien négligés aujourd'hui : la saignée coup sur coup, l'émétique à fortes doses et le vésicatoire.

La saignée répétée ou méthode de Bouillaud consistait en 3 à 4 saignées du bras, 2 à 3 applications de ventouses scarifiées ; Grisolle estime que l'on faisait perdre au malade de quatre à cinq livres de sang. Un Italien Breira, allant plus loin que Bouillaud, faisait jusqu'à 9 saignées au même malade ; vous verrez, du reste, quand je vous rapporterai ses statistiques qu'il avait des résultats déplorables.

La méthode de Rasori consistait à administrer l'émétique à doses très fortes : 4, 8 et même 12 grammes dans les vingt-quatre heures ; le plus souvent il y associait les saignées.

Le vésicatoire était employé par presque tous les médecins, *larga manu.*

Où en est le traitement allopathique de la pneumonie aujourd'hui ? Voici comment notre ancien collègue Talamon commence son article sur ce sujet dans le *Traité de thérapeutique appliquée* d'Albert Robin (1). « Bien que nous n'ayons plus à discuter les questions qui passionnaient les médecins d'autrefois, à savoir si la pneumonie est une maladie générale ou une maladie locale, si c'est une pyrexie ou une inflammation ; bien que nous connaissions exactement depuis déjà plus de dix ans le facteur étiologique le plus important, la cause intime de l'infiltration fibrineuse du poumon, nous n'en restons pas moins aussi *divisés*, aussi *ignorants*, en réalité, que nos devanciers en présence d'un malade atteint de pneumonie. Autrefois on luttait contre la phlogose et le stimulus à coups de lancette et de tartre stibié ; aujourd'hui on combat surtout l'asthénie cardiaque et nerveuse avec les stimulants et les toniques. En fait, on s'est toujours battu et on se bat encore contre les auxiliaires supposés de l'ennemi, mais non contre l'ennemi même. Les anciens, du moins, confiants dans leurs théories, croyaient bien agir contre cet ennemi qu'ils ignoraient. Nous qui le connaissons, nous savons que, pour le moment, nous n'avons dans nos remèdes, aucun moyen certain de le vaincre ni même de l'atteindre. Nous soignons toujours des pneumoniques, mais nous ne traitons pas la pneumonie. Il semble même par les statistiques que nous les soignons moins bien que nos aînés. »

Il y a dans cette exposition un aveu à retenir,

---

(1) Paris, Rueff, 1896, fascicule VIII, p. 71 et 72.

nos adversaires sont divisés sur le traitement à instituer contre la pneumonie ; ils se reconnaissent ignorants.

En 1891, le Dr Marcel Baudouin avait publié un interview (1) de 26 médecins des hôpitaux sur le traitement de la pneumonie; dans cet article nous trouvons un exposé exact des opinions qui avaient cours tout récemment parmi les médecins les plus réputés de Paris; je veux vous en reproduire les points principaux et vous verrez qu'ils sont très *divisés* sur ce sujet comme vous le disait tout à l'heure le Dr Talamon; vous verrez aussi à quel point les traitements d'autrefois sont abandonnés.

De l'opinion de ces 26 médecins, nous vous présenterons d'abord celle du Professeur Bouchard : « Il n'a pas commencé les recherches qu'il se propose de faire bientôt pour traiter la pneumonie d'après les méthodes nouvelles ». Nous ne savons pas si le maître a trouvé quelque chose de nouveau depuis 1891, dans tous les cas il n'a rien publié à ce sujet, à notre connaissance.

Pour rendre plus facile l'exposé des opinions diverses des médecins des hôpitaux consultés, nous examinerons successivement ce qu'ils pensent sur les anciennes médications : saignées, émétique et vésicatoire et, à ce propos, nous reproduirons entre guillemets exactement les termes de l'interwiew.

La saignée est acceptée par 8 médecins, avec quelques restrictions; 3 y sont hostiles; 14 n'en parlent pas.

Examinons d'abord les favorables :

Le Professeur Cornil a conservé un bon souvenir du traitement de Bouillaud : « les statistiques produites par M. Bouillaud dans la pneumonie sont assurément meil-

(1) *Semaine médicale*, 18 novembre 1891.

leures que celles de nos jours. » Cependant, il ne pratique qu'une seule saignée et encore dans des cas exceptionnels.

Le Professeur Peter dit que les pneumoniques pléthoriques peuvent être traités même par la saignée.

MM. Bucquoy et Faisans en font une au début s'il y a une congestion pulmonaire intense.

MM. Proust, Rigal, Danlos et Hutinel acceptent une saignée légère comme moyen d'exception lorsqu'il existe une dyspnée excessive avec menace d'asphyxie.

M. Huchard trouve que la saignée a fait son temps comme médication, mais qu'elle peut être employée d'une façon exceptionnelle contre la dyspnée.

MM. Dumontpallier, Muselier et Cadet de Gassicourt y sont complètement opposés.

Les autres n'en parlent pas. Touchante harmonie!

Passons à l'émétique; 8 sont favorables, 5 hostiles, les autres indifférents.

Le plus favorable est le Professeur Peter, qui conseille un vomitif au début, puis le kermès de 0,25 à 0,30 par jour.

MM. Bucquoy, Danlos, Ferrand et Descroizilles en sont plus ou moins partisans. Du reste, comme pour la saignée, quelle différence et quelle timidité si on se reporte à la manière de faire des anciens, de Bouillaud et de Rasori.

Les 5 médecins hostiles sont très explicites :

M. Audhoui nous dit : « C'est à tort que certains attribuent au tartre stibié une action réellement bienfaisante. »

M. Faisans « proscrit formellement le kermès et l'oxyde d'antimoine ».

Pour M. Huchard, « La médication par le tartre stibié,

le kermès, l'antimoine et tous les médicaments dits expectorants ou hyposthénisants est inutile le plus souvent, parfois nuisible dans une maladie où l'indication principale consiste à soutenir et à relever les forces du malade par l'alcool et les toniques. »

M. Cadet de Gassicourt proscrit le tartre stibié « qui amène le collapsus ». « Jamais de tartre stibié », dit M. Legroux.

Les autres n'en parlent pas. Touchante harmonie !

Pour le vésicatoire, 5 sont favorables, 3 l'emploient quelquefois, 4 sont hostiles, les autres indifférents.

Les favorables sont MM. Cornil, Proust, Ferrand, Legroux et Descroizilles qui en usent plus ou moins largement.

M. Dujardin-Beaumetz « ne les applique jamais dans la période fébrile de la pneumonie et n'en fait usage que lorsque, la défervescence étant faite, les signes locaux de la pneumonie persistent trop longtemps. »

MM. Faisans et Moizard ont une opinion analogue.

Passons aux hostiles : Le Professeur Landouzy a renoncé au vésicatoire à cause de l'énervement et des douleurs qu'il produit.

M. Audhoui ne se permet jamais « d'écorcher ses malades avec des vésicatoires énormes et multipliés, promenés à l'aventure d'un bout du thorax à l'autre. »

Pour M. Huchard : « les traditionnels vésicatoires ont fait leur temps : leur principale indication est de n'être jamais indiqués ; ils sont inutiles toujours et dangereux le plus souvent, surtout dans les cas d'albuminurie pneumonique ».

M. Cadet de Gassicourt les trouve inutiles.

Les autres n'en parlent pas. Touchante harmonie !

Avant de quitter le vésicatoire, voyons ce qu'on en pense depuis cet interwiew.

Le Professeur Dieulafoy, dans son manuel de Pathologie interne, dit qu'ils sont plus nuisibles qu'utiles.

M. Talamon, dans l'article que nous avons déjà cité, s'en montre peu partisan ; voici plusieurs des passages où il en parle :

« Et cependant, ce n'est pas d'hier que l'utilité du vésicatoire est contestée. Rasori et Laennec le tenaient déjà en médiocre estime, et le sage Louis lui-même déclare que les avantages qu'on en peut retirer ne sont pas rigoureusement démontrés ni mêmes probables dans le traitement des phlegmasies thoraciques. Il n'y a qu'à lire les pages que consacre Grisolle au vésicatoire dans son traité de la pneumonie pour voir qu'au fond il est de l'avis de Louis. »

Après cela, M. Talamon nous montre Grisolle sacrifiant au préjugé en recommandant de petits vésicatoires. Il ajoute : « Qu'on s'étonne après cela que le vésicatoire ait survécu à toutes les vicissitudes de la thérapeutique de la pneumonie. Il faut dire, à la décharge des médecins, que cet agent joue dans la clientèle de la ville un rôle diplomatique des plus importants. C'est d'abord une façon de satisfaire l'entourage du malade, qui réclame avant tout un traitement « énergique ». C'est ensuite, pour nombre de praticiens, une manière d'affirmer aux yeux de tous le diagnostic de la lésion pulmonaire. C'est enfin la mise à couvert de la responsabilité en cas d'issue funeste de la maladie ; on n'a rien à reprocher au médecin et tout a été tenté, puisque le vésicatoire, « espoir suprême et suprême pensée », a été appliqué.

« Ces considérations expliquent, mais ne justifient

guère la vogue persistante du vésicatoire. On n'est même pas d'accord sur le moment où il convient de l'appliquer. Les uns l'emploient au début de la pneumonie, pour combattre la congestion; les autres à la fin, pour hâter la résolution; la plupart, probablement dans le doute où les laissent les arguments de ceux-ci et de ceux-là, l'appliquent et le répètent à tous les moments de la maladie.

« En réalité, comme l'a si bien dit Grisolle, le vésicatoire n'a aucune action, ni sur la marche, ni sur la durée, de la pneumonie. Il ne modifie pas plus l'engouement initial qu'il ne hâte la résolution finale. »

M. Talamon conclut en ces termes : « Scientifiquement le vésicatoire n'a aucune raison d'être dans le traitement de la pneumonie. Ses inconvénients seuls sont établis d'une manière incontestable; il ajoute à l'agitation et aux souffrances qui tourmentent déjà le malade ; il augmente l'albuminurie pneumonique; il provoque la cystalgie et la cystite ; il détermine souvent des accidents cutanés, suppuration, ulcérations persistantes, poussées furonculeuses, qui viennent compliquer et allonger la convalescence. On continuera cependant longtemps encore à le prescrire et à l'appliquer, parce qu'il répond à une indication difficile à éluder dans la pratique : satisfaire aux préjugés populaires. »

Quel réquisitoire ! Que pourrions-nous ajouter ? Pour tout homme de bonne foi, le vésicatoire est un moyen condamné ; je pourrais vous citer un certain nombre d'accidents graves, même mortels causés par ce moyen de traitement.

La conclusion à tirer de ces passages de Talamon et des opinions exprimées par les médecins des hôpitaux dans l'interview de M. Baudouin est que les moyens de traite-

ment employés autrefois : saignée, émétique et vésicatoire, sont ou complètement abandonnés ou employés d'une façon très restreinte ; il y a une grande différence entre la manière de faire des médecins allopathes contre la pneumonie il y a cinquante ans et aujourd'hui. Empruntons à ce même interview et à l'article de Talamon un rapide aperçu des moyens thérapeutiques employés aujourd'hui.

Nous allons trouver des médications très variées et comme le disait M. Talamon, dans le premier passage que nous avons cité, destinées à combattre les accidents de la pneumonie, plutôt que la pneumonie elle-même.

Le professeur Bouchard et M. Chauffard sont d'avis de combattre l'élément bactériologique, mais malheureusement ils ne nous indiquent pas le traitement approprié.

Pour MM. Dujardin-Baumetz et Huchard, dans la pneumonie le danger est au cœur, c'est par là que la mort peut survenir, il y a donc lieu de relever les forces du cœur par les injections de caféine, les injections d'éther, la digitale et l'alcool.

Pour d'autre, la fièvre, l'hyperthermie est le danger et c'est ce qu'ils veulent combattre au moyen du sulfate de quinine, de l'antipyrine et des bains froids.

La plupart font une expectation déguisée à l'aide de l'alcool et de quelques toniques.

Talamon, après avoir passé en revue les divers traitements et les voir critiqués, arrive à la même conclusion.

Nous n'avons pas le temps de vous rapporter tous les traitements qui, d'après lui, sont recommandés contre la pneumonie : digitale, bains froids, kermès, vératrine, ergotine, pilocarpine, iodures, mercuriaux, salicylates, etc.

Nous concluons de cette longue revue du traitement allopathique deux choses : la première c'est qu'il est incohérent, qu'il varie avec les médecins qui doivent l'appliquer, qu'il ne repose sur aucune base scientifique certaine. La seconde, c'est que le traitement d'aujourd'hui est très différent de celui d'il y a cinquante ans.

Si nous examinons le traitement homœopathique, c'est bien différent : Les auteurs homœopathes ont toujours recommandés les mêmes médicaments autrefois et aujourd'hui, parce que le traitement homœopathique repose sur une loi d'indications positives, la loi de similitude, qui ne varie pas suivant la mode, suivant les préjugés, suivant les hypothèses.

Prenons d'abord la *Clinique de Beauvais* de Saint-Gratien publiée en 1838. Le VIe volume contient 61 observations de pneumonie empruntées, aux journaux et revues homœopathiques françaises ou étrangères de 1822 à 1834.

Les deux médicaments les plus souvent employés sont *Aconit* et *Bryonia* soit seuls, soit successivement ; ils se retrouvent dans presque toutes les observations ; après eux, nous relevons *Phosphorus*, *Sulfur*, *Tartarus*, *Arsenic*, *Pulsatilla*, mais beaucoup plus rarement que les deux premiers.

Dans le traité de Hartmann, traduit en 1847 par Jourdan, de l'Académie de médecine, nous retrouvons comme médicaments principaux *Aconit*, *Bryonia* et *Phosphorus* ; seulement aconit est indiqué comme médicament du début, bryonia, comme le médicament principal, et phosphorus lorsque la pneumonie est violente, avec un point de côté très marqué et des crachats rouillés. Les médicaments qui

se rencontrent ensuite sont : *Tartarus*, *Pulsatilla*, *Belladonna* et *Sulfur*.

Nous arrivons maintenant aux expériences de J. P. Tessier à l'hôpital Sainte-Marguerite (aujourd'hui hôpital Trousseau). Ce maître, voulant étudier l'homœopathie, choisit la pneumonie et les résultats qu'il obtint lui parurent si remarquables qu'il se convertit à l'homœopathie avec un grand nombre de ses élèves, qui fondèrent l'école de l'Art médical. Les deux médicaments qui furent le fond de son traitement étaient *Bryonia* et *Phosphorus*, qu'il avait coutume d'alterner : bryonia le jour et phosphorus la nuit.

Si nous recherchons maintenant comment les homœopathes traitent la pneumonie aujourd'hui, et pour cela si nous ouvrons les ouvrages et les journaux, de quelque pays qu'ils soient, nous y trouverons toujours indiqués comme médicaments principaux *Bryonia* et *Phosphorus*, soit seuls, soit alternés ; *Aconit* comme médicament de début, *Tartarus*, *Arsenic*, *Carbo vegetalis*, *Sulfur*, *Lachesis*, dans certains cas, avec des indications spéciales.

Nous verrons tout à l'heure des indications spéciales de chacun de ces médicaments, mais permettez-moi d'abord de vous faire remarquer, encore une fois, la concordance entre le traitement que les homœopathes opposent à la pneumonie à tous les moments de leur histoire et dans tous les pays du monde ; si j'insiste de nouveau sur ce fait, c'est que c'est pour moi la marque que la thérapeutique homœopathique est seule scientifique, parce qu'elle repose seule sur une loi d'indications positives, parce qu'elle est exempte de toutes hypothèses, parce que c'est une véritable formule mathématique, qui oppose à une maladie dont les symptômes sont connus, un médicament produisant

sur l'homme sain des symptômes également connus et donnant un tableau ressemblant autant que possible à celui de la maladie qu'il y a à traiter.

Que nous sommes loin de l'incohérence allopathique, de ces traitements qui varient suivant les temps et suivant les hommes, qui ne s'appuient que sur des hypothèses, et qui changent suivant que ces hypothèses se modifient.

Etudions maintenant chacun de nos médicaments en particulier.

L'Aconit produit sur l'homme sain un mouvement fébrile violent, de la toux sèche, de la dyspnée et les lésions de la congestion pulmonaire ; c'est un médicament qui convient seulement au début de la pneumonie et qu'on doit remplacer par un des suivants dès que le diagnostic est porté.

Bryonia est la substance dont l'action pathogénétique se rapproche le plus de la pneumonie : elle produit une toux grasse, quinteuse. avec *point de côté* ; le point de côté est sa caractéristique ; il augmente par la toux et la respiration ; il s'accompagne d'une dyspnée anxieuse avec respiration courte et précipitée ; on a aussi observé l'expectoration d'un mucus jaunâtre. Les lésions qu'on relève sur les animaux empoisonnés avec la Bryone sont surtout des lésions de congestion, cependant on rencontre des portions de poumon non crépitants, surtout au niveau du lobe inférieur ; les expériences faites à l'hôpital Saint-Jacques par mon père ont contrôlé ces lésions. Le Bryone est le médicament le plus souvent indiqué dans la pneumonie, où on l'administre soit seul, soit alterné avec le phosphore ; nous prescrivons V gouttes de la 12[e] dilution dans une potion de 200 grammes, une cuillerée toutes les deux heures.

Phosphorus produit dans les empoisonnements une toux s'accompagnant de douleur dans l'hypochondre, et d'une douleur de plaie dans la trachée ; la toux de phosphorus est sèche, quinteuse, plus fréquente la nuit ; les crachats qui l'accompagnent sont un mélange de sang et de mucus ; la respiration est courte et pénible ; on trouve comme lésions la congestion des poumons avec des noyaux apoplectiques. Nous administrons le phosphore à la 12e dilution dans les mêmes proportions que la bryone, soit seul, soit une cuillerée toutes les deux heures en alternant avec cette dernière. J. P. Tessier avait l'habitude de donner la bryone le jour et le phosphore la nuit.

Tartarus emeticus produit dans ses symptômes pathogénétiques une toux sèche ou grasse avec expectoration d'un mucus jaunâtre; une dyspnée considérable allant jusqu'à l'orthopnée avec respiration courte et accélérée; les lésions sont analogues à celles de la bryone et du phosphore. L'expérience clinique est un peu en contradiction avec la matière médicale, puisqu'elle nous a montré que c'est dans les cas de pneumonie sans expectoration ou avec expectoration très difficile que le tartre stibié réussit le mieux, tandis que dans sa pathogénésie on note l'expectoration d'un mucus jaunâtre. Comme les médicaments précédents, nous donnons la 12e dilution, qui nous paraît mieux réussir que les atténuations plus basses. Nous donnons aussi ce médicament dans un autre cas, c'est lorsque le mouvement fébrile de la pneumonie est tombé et que les signes d'hépatisation persistent.

L'*arsenic* produit sur l'homme sain une toux sèche et quinteuse avec douleur de cuisson dans la poitrine; de la dyspnée avec respiration difficile et anxieuse, courte et accélérée; toux avec expectoration sanguine; l'aspect

des malades empoisonnés par l'arsenic donne l'idée d'un état général grave, avec adynamie, tendance aux lipothymies; avec mouvement fébrile violent. C'est donc dans les formes graves de la pneumonie que ce médicament est indiqué et c'est alors que nous le prescrivons; nous donnons soit V gouttes de la 6e dilution, soit 0 gr. 25 de la 8e trituration dans 200 grammes, une cuillerée toutes les deux heures ou même toutes les heures.

A côté de l'arsenic et convenant dans les états très graves, se place le *carbo vegetalis*; ses symptômes pathogénétiques ne l'indiquent pas particulièrement dans la pneumonie, mais comme il produit des symptômes de collapsus, un état d'agonie commençante, nous sommes autorisé par la loi de similitude à l'employer dans les états très graves, où il nous donnera quelquefois des résultats inespérés. Nous avons coutume de le donner à la 30e dilution et de l'alterner avec l'arsenic, une cuillerée toutes les heures ou toutes les demi-heures. *Carbo vegetalis* convient dans les états de collapsus cardiaque où il nous semble donner des résultats préférables à ceux des injections de caféine.

Sulfur produit sur l'homme sain une toux sèche, ébranlante, surtout nocturne, avec secousses douloureuses dans la tête et dans la poitrine; une respiration courte, fréquente et douloureuse. L'expérience clinique nous a appris que sulfur est indiqué dans la pneumonie lorsqu'il existe un mouvement fébrile violent, des sueurs et une face vultueuse; ajoutons que c'est un médicament assez rarement employé; la dose qui nous paraît convenable est la 12e dilution.

Crotalus est assez employé par nos confrères américains et anglais dans le traitement de la pneumonie. Héring a

signalé la pneumonie dans les accidents consécutifs à la morsure de ce serpent; comme tous les venins de serpents, il est indiqué dans les états graves, dans les formes malignes des maladies avec tendance aux lipothymies : la dose employée en Angleterre est la 3e dilution glycérinée. Dans les mêmes conditions, nous pourrions donner en France *lachesis* à la 3e trituration ou *vipera* 3e et 2e trituration.

En résumé, *aconit* n'est indiqué que d'une façon très intercurrente au début; *bryonia* et *phosphorus* correspondent au plus grand nombre de cas; *tartarus* est indiqué par une expectoration difficile ou absente; *sulfur* par les sueurs, la face vultueuse et une fièvre vive; dans les formes plus graves, on donne *arsenic* et dans les formes très graves *arsenic* et *carbo vegetalis*.

Il peut se présenter quelques accidents; un des plus graves qu'il nous a été donné de rencontrer quelquefois consiste en accès fébriles pernicieux ; dans ce cas, le meilleur traitement est l'administration du *sulfate de quinine*, à doses fortes, 1 gramme et même 1 gr. 50 de substance. Vous pouvez remarquer, en passant, qu'esclaves des leçons de l'expérience clinique, nous vous conseillons des doses infinitésimales de bryone, phosphore, tartarus, etc., parce que nous savons que ce sont ces doses qui réussissent le mieux; par contre nous vous indiquons le sulfate de quinine à doses très fortes contre les accidents fébriles pernicieux, parce que nous savons que ces doses sont nécessaires dans ce cas. Nous n'avons qu'une seule règle dans le choix des doses, l'expérience clinique.

Arrivons maintenant à la seconde partie de notre conférence, la *démonstration de l'action des médicaments*

homœopathiques sur la pneumonie. Nos médicaments modifient, comme nous allons le prouver, la marche naturelle de cette maladie; c'est en même temps une démonstration de la réalité des doses infinitésimales; puisque c'est sous cette forme que nous administrons nos médicaments.

Les succès des homœopathes dans le traitement de la pneumonie, au moment où les traitements énergiques de Bouillaud et de Rasori donnaient des résultats si peu remarquables, firent un scandale : les globules réussissaient à sauver plus de malades que les saignées, l'émétique et les vésicatoires! Comme il n'était pas possible d'admettre que des doses pareilles pussent avoir une action, c'est que les pneumonies traitées par l'homœopathie guérissaient par les seules forces de la nature; c'est qu'il fallait faire de l'expectation, ne pas traiter les malades et qu'on aurait ainsi les mêmes succès que les homœopathes.

L'expectation a permis de connaître d'une manière absolument certaine la marche naturelle de la pneumonie; on a pu suivre jour par jour les symptômes des malades abandonnés à eux-mêmes et de les étudier.

Lorsqu'on ne traite pas la pneumonie, et qu'elle guérit, elle se termine par défervescence, c'est-à-dire par une chute brusque de la température qui survient le 5e, le 7e ou le 9e jour, défervescence annonçant la guérison, mais après laquelle les signes d'auscultation persistent.

Voici ce que dit Trousseau, dans sa *Clinique médicale* : « Le dixième jour, le malade entre en pleine convalescence. Enfin, si rien n'entrave la marche du rétablissement, à la fin du deuxième septénaire, il peut commencer à reprendre ses occupations quand elles ne sont pas trop fatigantes. Pourtant, si l'on ausculte alors,

on retrouve encore et la matité et le râle crépitant, qui avait repris à son tour la place du souffle tubaire, mais râle crépitant, ou pour mieux dire, sous-crépitant humide, râle de retour, comme on l'appelle et qui annonce en effet, le retour de l'air dans les vésicules pulmonaires, d'où l'hépatisation l'avait chassé. Plusieurs semaines seront encore nécessaires pour que ces signes d'engorgement du poumon disparaissent complètement. »

Voici, bien au contraire, ce qui se passe dans les cas de pneumonies guéries par le traitement homœopathique, guéries par les doses infinitésimales. Le Dr P. Jousset a publié (1) le résultat de l'auscultation de 48 pneumonies traitées par l'homœopathie, 10 qui lui sont personnelles et 38 qui appartiennent au Dr J. P. Tessier ; sur ces 48 cas, il y a eu 45 guérisons. « Du 2e au 4e jour du traitement, quelle que soit la période de la maladie à laquelle le traitement ait été commencé, on observe une amélioration considérable du mouvement fébrile et les signes incontestables de la résolution commençante de l'hépatisation. Du 5e au 8e jour de ce traitement, le souffle disparaît complètement, la résolution est entière et c'est par exception qu'on est obligé de continuer le traitement homœopathique jusqu'au 11e, 12e ou 14e jour pour obtenir la résolution complète de l'hépatisation. »

Sur les 45 observations de guérisons rapportées par le Dr P. Jousset, la résolution complète de l'hépatisation s'est montré 34 fois en 8 jours de traitement, 10 fois du 8e au 14e jour, une seule fois le 20e jour.

Si on examine la courbe thermométrique des pneumonies guéries par l'homœopathie, on remarque que

(1) *Expectation et traitement homœopathique de la pneumonie*, J.-B. Baillière, 1862.

l'élévation de la température, au lieu de tomber par une chute rapide, par défervescence, se termine par une descente graduelle ou par lysis, suivant l'expression consacrée.

Comparez les résultats de l'expectation et ceux du traitement homœopathique; d'un côté, défervescence brusque de la fièvre et longue persistance des signes d'auscultation ; de l'autre, diminution graduelle du mouvement fébrile et disparition rapide des signes stéthoscopiques, c'est là une démonstration mathématique, irréfutable de l'action des médicaments administrés d'après les indications de la loi des semblables; c'est, en outre, une démonstration mathématique, irréfutable de la réalité des doses infinitésimales. Si les doses infinitésimales n'existaient pas, si nos globules et nos potions ne contenaient rien, il est certain que les pneumonies que nous guérissons se comporteraient comme celles qui guérissent par les seules ressources de la nature, par l'expectation. Les différences qui existent et dans la chute de l'élévation thermique et dans les signes stéthoscopiques, différences que vous êtes tous à même de contrôler, sont une preuve mathématique et irréfutable de la réalité de nos doses infinitésimales.

Il nous reste, avant de terminer, à vous rapporter quelques chiffres, quelques statistiques : nous empruntons la plupart de ces chiffres à des ouvrages allopathiques et, en particulier, à la thèse d'agrégation d'Hanot sur le traitement de la pneumonie.

Nous examinerons sucessivement les résultats du traitement allopathique, ceux de l'expectation et ceux de l'homœopathie.

Commençons par le *traitement allopathique* et comparons

les résultats des époques éloignées et ceux des temps plus modernes. Les résultats anciens se rapportent à des modes de traitements particuliers ; voici d'abord la mortalité observé par divers médecins avec la saignée : Broussais, 62 p. 100 ; Bouillaud, 11 p. 100 ; Rasori, 24 p. 100 ; un auteur italien, qui nous donne son tant pour 100 suivant le nombre des saignées qu'il pratiquait, Breira a perdu 19 p. 100, en faisant 2 à 3 saignées ; 22 p. 100, en faisant de 3 à 9 saignées et 68 p. 100, lorsqu'il faisait plus de 9 saignées. Avec l'émétique seul, Rasori perdait 10 p. 100 de ses malades ; en réunissant la saignée et l'émétique, il en perdait de 14 à 22 p. 100. Si nous réunissons tous ces chiffres pour faire une moyenne générale de la mortalité d'autrefois par le traitement allopathique, nous trouvons 28 p. 100 qui représente sensiblement la mortalité moyenne.

Si nous cherchons maintenant les chiffres modernes, nous trouverons peu de documents. A Lyon, pendant le premier trimestre de 1879, nous trouvons 84 pneumonies avec 30 morts, soit 35,6 p. 100 ; pendant le premier trimestre de 1880, 204 pneumonies avec 64 morts, soit 31,5 p. 100 (ces chiffres sont empruntés au *Lyon Médical*). Pour Paris, nous trouvons dans le *Progrès médical* le rapport de Besnier sur la mortalité des hôpitaux en 1879 ; rapport dans lequel nous lisons la phrase suivante : « Les affections des voies respiratoires ont été très nombreuses et d'une gravité très grande ; les pneumonies ont donné une mortalité très forte, 47 au lieu de 36 p. 100, chiffre moyen des 11 années précédentes. » En 1880, la mortalité était de 42 p. 100 d'après la *Gazette des hôpitaux* (17 mars 1891). En 1884, le Bulletin de la statistique municipale publia tous les mois la mortalité des hôpitaux par maladie ; cette

publication n'a pas été continuée : en novembre 163 pneumonies, 68 morts, 41,7 p. 100 ; en décembre 143 pneumonies, 80 morts, soit 55,9 p. 100. Vers la même époque, dans un mémoire à la Société médicale des hôpitaux, M. Troisier dit qu'en trois mois (janvier, février, mars) il y a eu 947 pneumonies dans les hôpitaux avec 343 morts, soit une mortalité de 36 p. 100, tandis que la moyenne des trois années précédentes s'élève à 41,8 p. 100. Si on réunit toutes ces moyennes, on obtient comme moyenne générale dans ces dernières années 39,6 p. 100 ; ce qui nous donne une mortalité de 11,6 de plus qu'il y a une cinquantaine d'années ; c'est une preuve que les progrès de la thérapeutique n'ont rien donné dans le traitement de la pneumonie et que cette maladie est devenue plus grave.

Pour *l'expectation*, nous n'avons que des chiffres anciens, l'expectation qui se fait aujourd'hui étant déguisée par l'administration de toniques. Tous ces chiffres sont empruntés à la thèse d'Hanot. En 1847, Skoda sur 392 pneumonies n'a que 54 morts, soit 13,7 p. 100 ; en 1849, Dielt fait l'expérience suivante: 85 pneumonies traités par la saignée lui donnent une mortalité de 20,4 p. 100, 106 pneumonies traitées par l'émétique lui donnent une mortalité de 20,7 0/0, tandis que 189 pneumonies non traitées ne donnent que 7,4 p. 100. Le même expérimentateur a une mortalité de 9,2 p. 100 au 1852, de 20,7 p. 100 en 1854 par l'expectation. Voici quelques chiffres encore : Schmit et Bordes, 22 et 23 p. 100 ; Breira, 14 p. 100 ; Dwozac, 23,2 p. 100 ; Magnus Huss, 6,5 et 13, 7 p. 100 ; Wunderlich, 23,4 p. 100. Si nous faisons une moyenne générale nous arrivons à 16 p. 100, mortalité bien inférieure à celle du traitement allopathique de la même époque

28 p. 100. Ces chiffres prouveraient donc que le traitement allopathique est plus meurtrier que l'expectation.

Passons à l'*homœopathie*, voici les chiffres anciens, empruntés à la thèse d'Hanot : Tessier, mortalité 7,5 p. 100; Timbard, 7,5 p. 100 ; Grandmottet 12,5 p. 100, mortalité générale 9,1, p. 100. Dans les temps modernes, nous ne pouvons donner que la statistique de l'hôpital Saint-Jacques, qui est basée sur les résultats de plusieurs années, ce qui met à l'abri d'une série heureuse ou malheureuse, d'une influence épidémique mauvaise ou meilleure; sur 117 pneumonies, nous avons eu 22 morts, soit 18,8 p. 100.

Récapitulons et comparons tous ces chiffres. Il y a 50 ans, avec les traitements énergiques, les allopathes perdaient 28 p. 100, l'expectation donnait une mortalité de 16 p. 100 et l'homœopathie une de 9,1 p. 100, ou sous une autre forme, 1.000 pneumonies donnaient 280 morts par les traitements allopathiques, 160 par l'expectation et 91 seulement par l'homœopathie, ce qui revient à dire que l'homœopathie en guérissait 189 de plus que les traitements énergiques de l'époque. Aujourd'hui les allopathes ont une mortalité de 39,6 p. 100 et les homœopathes de 18,8, p. 100 ; c'est-à-dire que sur 1.000 malades 396 meurent par le traitement allopathique et 188 seulement par le traitement homœopathique, ce qui revient à dire que l'homœopathie en guérit 208 de plus.

Nous voici arrivés à la fin de cette conférence. C'est à vous d'en tirer la conclusion pratique et nous espérons qu'elle sera favorable à la doctrine thérapeutique que nous avons défendue devant vous.

Nous avons voulu vous montrer que le traitement allo-

pathique n'existait pas au point de vue purement scientifique ; qu'il variait à l'infini suivant l'époque où on l'examinait, suivant les théories qui ont cours, suivant les hypothèses.

Nous avons voulu vous montrer que le traitement homœopathique était le même à quelque époque et dans quelque lieu qu'on l'examine.

Nous avons voulu vous montrer que les médicaments homœopathiques, que les doses infinitésimales avaient une action réelle, indiscutable, sur la marche de la pneumonie.

Nous emportons l'espoir de vous avoir convaincus.

Dr Marc Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

De la diarrhée et du choléra infantile ; de la diète hydrique.

Bien que les auteurs contemporains abusent de la théorie *infection intestinale* et expliquent par la multiplicité des microbes et de leurs toxines les symptômes de la gastro-entérite infantile, de la dysenterie et du choléra, il faut reconnaître que l'on rencontre souvent dans leurs travaux des tableaux cliniques bien faits et certains préceptes hygiéniques fort utiles dans la pratique.

Le Dr Marfan de l'hôpital des Enfants a publié dans la *Semaine médicale* (20 mars 1899) une observation de diarrhée grave chez un nourrisson pour laquelle la seule

médication employée a été la diète hydrique. Voici d'abord cette observation :

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'un nourrisson de six mois et demi, qui va nous quitter en très bon état, après nous avoir inspiré de vives inquiétudes. Il a été atteint d'une forme un peu spéciale de troubles digestifs et son histoire est fertile en enseignement.

Il est entré à l'hôpital, il y a plus d'un mois, le 31 octobre. Nous ne trouvons rien de spécial à relever dans ses antécédents héréditaires. Il est né à terme et il était bien constitué à la naissance. Il a été nourri par sa mère jusqu'à l'âge de trois mois; il était mis au sein très irrégulièrement, toutes les fois qu'il criait, la nuit et le jour ; à l'âge de un mois, il a eu une première atteinte de diarrhée, une autre quinze jours plus tard et et une troisième à deux mois. L'enfant ayant atteint l'âge de trois mois, sa mère, croyant que la sécrétion de ses mamelles diminue, le sèvre et le soumet à l'allaitement artificiel. Elle le porte dans la journée à une crèche où on lui donne du lait stérilisé pur toutes les deux heures; elle le garde la nuit avec elle et *lui fait prendre, comme supplément à sa ration du jour, un litre de lait bouilli coupé d'eau panée*. L'enfant paraît avoir assez bien supporté cette énorme suralimentation pendant quelque temps. Mais, au cours du quatrième mois, il est pris de diarrhée ; les selles sont liquides, jaunâtres, très fréquentes ; en même temps des vomissements surviennent et finissent par se produire presque après chaque repas. Ce sont ces troubles qui, s'accusant et persistant, ont incité la mère à nous conduire l'enfant.

Le jour de son admission à l'hôpital, il a eu quelques vomissements et sept évacuations (trois jaunes et quatre

vertes) : la température rectale est à 38°. Le ventre est un peu gros et flasque, avec écartement de la ligne blanche. Le foie, la rate, les ganglions périphériques ne sont pas augmentés de volume. Le poids est de 4 kilos 900, inférieur de 2 kilos au poids normal. Je porte le diagnostic de gastro-entérite chronique avec poussée aiguë légère. On met l'enfant à la diète à l'eau bouillie, pendant quinze heures; le lendemain, la température est à 36°5 ; il y a eu six évacuations (deux vertes, quatre jaunes) ; l'alimentation est reprise.

Mais le jour suivant, dans la soirée, la température rectale s'élève brusquement à 39°8, et à partir de ce moment l'enfant vomit tous ses repas. Quand je l'examine, le 3 novembre au matin, la température est à 39°5 ; l'haleine a une odeur butyrique très prononcée (il n'y a eu dans les vingt-quatre heures que cinq évacuations (trois jaunes, une verte, une panachée) ; mais le facies est mauvais et rappelle de tous points celui du choléra infantile: traits tirés, yeux excavés et entourés d'un cercle noir, nez pincé, bouche amincie, teinte livide. L'examen de la gorge ainsi que celui de la poitrine donnent un résultat négatif ; la peau ne présente aucune lésion. Par élimination je conclus, malgré la faible intensité de la diarrhée, qu'il s'agit d'accidents d'infection digestive, mais d'une forme particulière : c'est une infection digestive suraiguë avec prédominance *des phénomènes gastriques et effacement des troubles intestinaux*. Ce diagnostic dictait le traitement. Je prescrivis de mettre l'enfant à la diète à l'eau bouillie pendant vingt-quatre heures. En conséquence, le lait fut complètement supprimé et l'enfant reçut environ 1 litre d'eau bouillie. Sous l'influence de ce régime, les vomissements cessèrent rapidement ; et le

lendemain j'appris qu'il n'y avait eu que quatre selles dans les vingt-quatre heures ; la température était normale (37°) ; l'alimentation fut reprise avec prudence ; l'enfant reçut toutes les trois heures environ 40 grammes de lait stérilisé additionné de 60 grammes d'eau bouillie sucrée.

Dans la soirée du même jour, bien que le petit malade n'eût pas vomi et n'eût pas eu de diarrhée, la température remonta à 38°6 et le lendemain le facies avait repris quelque peu le caractère cholériforme ; je fis néanmoins continuer la même alimentation et je prescrivis des injections de sérum artificiel (deux injections de 20 centimètres cubes dans la journée.) Le 6 novembre, la fièvre tombe, il n'y a ni vomissement ni diarrhée, le facies est assez satisfaisant ; l'alimentation est augmentée : on donne toutes les trois heures 60 grammes de lait stérilisé additionné de 60 grammes d'eau bouillie sucrée.

Quatre jours après la fièvre se rallume brusquement (39°2) et les vomissements reparaissent ; presque tous les repas sont rejetés, soit tout de suite, soit un ou deux quarts d'heure après la tétée ; le nombre des évacuations est de quatre. Le facies reprend l'aspect cholériforme. Mais comme l'enfant a déjà été mis plusieurs fois à la diète, on se borne à diminuer l'alimentation. Le lendemain les symptômes s'aggravent ; la température est à 40°5, les vomissements sont incessants ; la diarrhée est toujours peu marquée (cinq selles depuis la veille), je prescris de nouveau la diète hydrique pour vingt-quatre heures. Toutefois, je trouve que la situation devient menaçante et je crains des accidents toxiques suraigus, un véritable choléra infantile. Mais cette fois encore la diète hydrique triomphe, et cela d'une manière définitive. Le

11 novembre, au bout de vingt-quatre heures de diète à l'eau bouillie, la température est à 37° ; les vomissements ont cessé, il y a eu cinq selles jaunes, dont deux seulement liquides. Le facies est un peu meilleur, l'alimentation est reprise avec prudence. On donne toutes les trois heures 20 grammes de lait et 80 grammes d'eau, puis 40 grammes de lait, et 60 grammes d'eau; enfin 50 grammes de lait et 50 grammes d'eau. La situation s'améliorant, on prescrit, trois jours après, 60 grammes de lait et 40 grammes d'eau. Le 17 novembre, l'enfant prend 80 grammes de lait et 40 grammes d'eau toutes les trois heures. Il n'y a plus de vomissements, ni de diarrhée; la température est normale; le poids augmente. Le 23 novembre, l'enfant reçoit sept fois par jour 100 grammes de lait et 50 grammes d'eau. La guérison se maintient. Voici la progression du poids :

31 octobre. . .	4 k. 900	17 novembre.	5 k. 430
4 novembre. .	4 « 880	21 —	5 « 430
9 —	4 « 940	25 —	5 « 300
14 —	5 « 120	29 —	5 « 570

Comme je vous le disais, cette histoire est instructive. Notre petit malade a été victime de la suralimentation. Sous cette influence, il a été atteint d'une gastro-entérite chronique commune au cours de laquelle sont survenues des crises d'infection digestive suraiguës, avec prédominance des phénomènes gastriques. Le traitement par la diète hydrique, seul employé, a conjuré le danger. Ce sont les trois points sur lesquels je désire attirer votre attention.

On remarquera, dans cette observation, que chez cet enfant, du 31 octobre au 11 novembre, date où la conva-

lescence s'établit d'une manière définitive, il survint trois accès de gastro-entérite suraiguë dont la dernière fut la plus grave, et cela malgré un régime très scrupuleusement réglé. Nous reviendrons sur ce fait à propos de la thérapeutique.

M. Marfan ne trouve qu'une cause à cette maladie, la *suralimentation.*

La suralimentation est une théorie, simple corollaire de celle de l'infection. La suralimentation engendre « des fermentations excessives ou anormales ; les micro-organismes qui pullulent et les poisons auxquels ils donnent naissance, irritent la muqueuse gastro-intestinale et engendrent la gastro-entérite ».

Sans doute, la suralimentation, mais par dessus tout, l'alimentation non appropriée à l'âge du sujet, sont des causes puissantes de gastro-entérite, mais seulement chez les sujets *prédisposés.*

La suralimentation, surtout par le lait de la mère, n'a pas d'autre inconvénient que d'amener après la tétée un vomissement facile, une sorte de régurgitation du lait pris en trop grande quantité. Ceci est un phénomène vulgaire et bien connu, non seulement des médecins, mais encore de toutes les personnes qui s'occupent des enfants à la mamelle.

M. Marfan prescrit pendant les premiers mois de mettre l'enfant au sein toutes les deux heures et demie, et de ne rien lui donner de 11 heures du soir à 5 heures du matin. D'autres disent toutes les deux heures, d'autres toutes les trois heures. Je me permettrai de fixer d'autres règles : Dans les deux premières semaines, l'enfant doit recevoir le sein toutes les heures ou les heures et demie ; plus tard on pourra éloigner les tétées, mais sans s'astreindre

à des règles fixes, chaque enfant ayant une nature et des besoins différents. Quant à laisser un enfant de 11 heures du soir à 5 heures du matin sans nourriture, c'est fort commode pour la mère, mais c'est une méthode absolument nuisible dans les six premières semaines. Plus tard, si les enfants sont très forts et s'ils dorment bien, il est certain qu'ils peuvent passer la nuit sans nourriture et que personne ne conseillera de les éveiller pour les mettre au sein.

La cause principale de la gastro-entérite observée chez l'enfant dont M. Marfan nous a donné l'histoire, est bien plutôt le mélange d'eau panée au lait que la quantité de lait. C'est une coutume dangereuse que celle qu'ont beaucoup de nourrices de couper le lait qu'elles donnent à leur nourrisson avec des décoctions féculentes. J'ai souvent observé, à la suite de l'usage de ces mélanges, des diarrhées plus ou moins sévères.

Mais, comme nous le disions dans un article précédent, à propos des diarrhées cholériformes si meurtrières de l'automne dernier, pourquoi sur un certain nombre d'enfants soumis à un régime rigoureusement le même, les uns sont-ils pris et frappés de mort, et les autres restent-ils indemnes? Parce que tous ces organismes sont différents : les uns sont impressionnés par une intempérie saisonnière ou par une infection d'origine peu importante, tandis que les autres n'éprouvent rien de ces causes externes. Ou pour parler plus rigoureusement, parce que les uns sont prédisposés à la gastro-entérite et que les autres ne le sont pas.

La *diète hydrique*, indiquée d'abord en 1874 par Luton, de Reims, s'est très vite généralisée et est acceptée généralement par tous les médecins d'enfants. Ce régime

consiste à remplacer la nourriture et les médicaments par de l'*eau bouillie*. Une ébullition de quelques minutes suffit à la stérilisation de l'eau. Cette eau doit être conservée dans le vase où elle a bouillie, être administrée froide ou tiède selon le goût de l'enfant dans un biberon ou une timbale soigneusement stérilisé. La quantité de l'eau à administrer à l'enfant malade est réglée par ce précepte : « Il faut autant que possible remplacer la quantité de lait qu'on ne donne pas par une quantité d'eau équivalente » c'est-à-dire environ 1 litre pour un enfant de 5 mois.

La diète hydrique ne peut être continuée indéfiniment. Sa durée est au moins de dix heures et au plus de quarante-huit heures, vingt-quatre heures suffisent habituellement. On revient ensuite, comme on le voit dans l'observation ci-dessus, à de petites quantités de lait coupé par moitié d'eau, à intervalles assez longs en continuant l'eau bouillie dans ces intervalles.

Sous l'influence de la diète hydrique, les vomissements cessent, la température revient à l'état normal et les selles s'améliorent.

Nous avons donné, avec tous les détails nécessaires, le traitement par la diète hydrique, parce que nous la considérons comme un moyen d'une importance considérable dans le traitement des affections gastro-intestinales de la première enfance. L'explication de M. Marfan qui emploie la diète hydrique parce qu'*elle supprime tout aliment aux microbes qui pullulent dans le tube digestif*, nous laisse froids. Mais la disparition de la fièvre et des vomissements nous impressionne profondément.

Encore une remarque. Les médecins d'enfants, à l'heure actuelle, répugnent beaucoup à employer les

médicaments chez les enfants à la mamelle. Aussi se cramponnent-ils avec énergie à un moyen purement hygiénique, comme la diète par l'eau. Seulement la diète hydrique est loin de guérir tous les enfants; beaucoup succombent et le petit malade de M. Marfan a eu trois rechutes sans cause extérieure. Si nos confrères, mieux éclairés qu'autrefois, suivaient notre exemple et s'éclairaient à notre école comme nous nous éclairons à la leur, ils apprendraient de nous que de toutes petites doses, des centièmes, des millièmes, des dix millièmes de veratrum album, d'acide phosphorique, d'acétate de chaux, nous ont suffi, depuis nombre d'années, pour guérir quantité d'enfants atteints de choléra infantile et d'entérite chronique.

Dr P. Jousset.

THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DU TÉTANOS PAR LES INJECTIONS SOUS-MÉNINGÉES ET INTRA-CÉRÉBRALES

Dans le laboratoire de Raymond à la Salpétrière, cette méthode thérapeutique a été essayée : les cobayes tétanisés par une injection sous-cutanée de 1/12e de milligramme de toxine tétanique furent traités par inoculation sous-méningée de 2 centimètres cubes de sérum antitétanique ; tous moururent, mais avec une survie de quelques heures sur les témoins.

On a essayé dans le tétanos de l'homme les *injections*

intra-cérébrales de sérum antitétanique, et les faits, déjà assez nombreux, publiés dans les journaux de l'année dernière et pour la plupart reproduits dans la thèse du Dr Deloincourt, n'ont pas entraîné notre conviction.

Nous ne reviendrons pas ici sur les expériences de Wassermann et de Takaki et sur les illusions qui en furent la suite. La critique de Metchnikoff et les travaux de MM. Roux et Borel ont mis les choses à leur juste point. La cellule nerveuse ne jouit d'aucune propriété antidotère vis-à-vis de la toxine tétanique, seulement elle s'unit à cette toxine et l'enrobe pour ainsi dire et est ainsi englobée par les phagocytes. — La thèse de M. Deloincourt contient 9 observations. Dans la séance de la Société de chirurgie du 30 novembre dernier, M. Routier a rapporté un cas d'injection intra-cérébrale antitétanique. Ce qui nous donne dix observations. Sur ces dix observations, cinq se sont terminées par la guérison, cinq par la mort. Mais on se tromperait grossièrement si on concluait de cette statistique que les injections intra-cérébrales d'antitoxine guérissent dans la moitié des cas. La vérité triste, c'est que, jusqu'à ce jour, elles n'ont jamais amené de guérison.

En effet, tous les chirurgiens ont distingué avec raison deux formes de tétanos : une forme aiguë qui tuait toujours et une forme chronique qui guérissait quoi qu'on fasse ou qu'on ne fasse pas.

La première condition pour juger de la valeur d'un traitement contre le tétanos, c'est de poser nettement les signes qui distinguent la forme aiguë de la forme chronique. Ici, comme toujours, sans une pathologie exacte, point de thérapeutique certaine.

Le tétanos aigu est une maladie violente, à marche rapide, qui tue quelquefois en douze heures, le plus

souvent en quatre jours comme l'avait déjà remarqué Hippocrate et qui ne dépasse jamais le dixième jour. La terminaison est presque toujours mortelle : O'Brien compte 200 morts sur 200 cas. Nous l'avons dit, la marche de cette forme est très rapide ; le trismus débute quelques heures après la blessure. Les contractures se généralisent très rapidement, envahissant les muscles du tronc et des membres, le retour des paroxysmes est extrêmement fréquent et se reproduit par les moindres causes. Enfin la température ne fait jamais défaut, elle atteint 39, 40 et au delà, et s'accompagne de la fréquence du pouls.

Je le dis à regret, nous ne trouvons aucun de ces caractères dans les cinq guérisons rapportées par M. Deloincourt.

Dans la première observation, le trismus apparaît quatorze jours seulement après la blessure et si les contractures se généralisent le quatrième et le cinquième jour, à ce moment la température est à 37°2, Le sixième jour de la maladie l'état s'aggrave un peu. Le lendemain de l'opération, c'est alors que la température s'élève à 39° et le pouls à 140, et se tient à 38° les jours suivants, et s'il s'élève à 39°4 le neuvième jour, on peut l'attribuer à une injection très inopportune de 1 litre de sérum artificiel. La guérison du tétanos n'est complète que le vingt-troisième jour. Ce malade a donc présenté tous les traits de la forme dite chronique du tétanos : début quatorze jours après la blessure, apyrexie jusqu'au moment du traitement intensif, qui a suivi, durée très longue de la maladie et amélioration par des sueurs très abondantes.

Dans la troisième observation de l'auteur (2e guérison), on n'a pas pu remonter à l'origine du tétanos. Il est bien

vrai bien que ce malade a présenté le cinquième jour de sa maladie des contractures généralisées à presque tous les muscles avec des paroxysmes fréquents, mais il n'a jamais présenté de fièvre, excepté le lendemain de l'opération, 38°8 ; il n'a guéri qu'au bout d'un mois, après avoir présenté une période de délire qui a duré près d'une semaine. Nous ne trouvons pas dans ce cas un exemple de tétanos grave, de tétanos aigu ; il s'agit ici d'un tétanos à marche lente, à durée prolongée et qui guérit si souvent sans traitement.

3e Observation de guérison, observation V de la thèse. Chez ce malade la température n'a pas été rapportée d'une manière régulière. Nous n'avons pas vu que la température ait atteint 38°. Le pouls s'est bien élevé à 140, mais c'est le lendemain de l'injection intra-cérébrale. L'examen bactériologique n'a pas montré de bacilles de Nicolaïer et l'inoculation aux cobayes est restée stérile. Il s'agit donc encore ici d'un cas de tétanos bénin.

La 4e observation de guérison, huitième de la thèse, prête à des réflexions analogues aux précédentes. L'origine du tétanos est douteuse ; l'inoculation aux cobayes a été stérile ; le mouvement fébrile modéré, 38° 5, déterminé par l'affection primitive (gangrène du pied) a plutôt diminué les jours suivants et a totalement disparu à partir du 4e jour de la maladie.

5e Observation de guérison, neuvième de la thèse. Ce n'est que le 9e jour après la blessure que les premiers symptômes de tétanos apparaissent, la maladie a duré 21 jours ; enfin le malade n'a eu un peu de fièvre que le 9e jour, 38°, 2, c'est donc un cas avéré de tétanos bénin.

En résumé, les seuls cas de tétanos qui aient guéri après l'injection intra-cérébrale de sérum antitoxique

appartiennent à la forme bénigne ou chronique ; or, tous les praticiens savent que cette forme du tétanos guérit presque toujours sans traitement. Les cas graves de tétanos qui ont été soumis à la méthode des injections intra-cérébrales sont tous morts rapidement, souvent dès le 3e ou le 4e jour de la maladie, sans présenter aucune amélioration. Les injections de sérum anti-toxique intra-cérébrales ne constituent pas malheureusement un moyen de guérison du tétanos.

Dr P. Jousset

Traitement chirurgical de l'appendicite.

Nous croyons utile de reproduire ici la communication de M. Poirier sur le traitement chirurgical de l'appendicite, parce qu'il résume assez bien l'état d'esprit des chirurgiens français sur ce point difficile.

Cette communication constate qu'en majorité, les chirurgiens sont pour une intervention précoce, quoique plusieurs d'entre eux reconnaissent la possibilité de la guérison par un traitement médical.

Ce courant d'opinion tient, suivant nous, à ce que la marche et la terminaison des appendicites se sont modifiées en même temps que leur nombre. L'appendicite, avons-nous dit précédemment, est devenue très fréquente depuis l'épidémie de grippe de 1889. Mais en même temps, sa terminaison par une suppuration rapide est devenue presque une règle. En sorte que le pronostic, aussi bien que l'indication de l'opération, emprunte à l'influence épidémique actuelle un caractère tout spécial.

M. Poirier. — Après la longue discussion qu'a provo-

quée ma communication de l'année dernière sur le traitement de l'appendicite (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 307), il y a tout intérêt à résumer les différentes opinions qui ont été émises à ce sujet et à établir les conclusions auxquelles nous sommes arrivés.

Les faits que j'avais observés m'avaient porté à admettre que toute appendicite aiguë devait toujours être opérée et dans le plus bref délai possible. Cette formule qui parut, dès le début, beaucoup trop absolue, suscita de nombreuses protestations. M. Brun dit qu'il fallait distinguer les cas d'appendicite septique, où l'intervention d'urgence s'imposait, d'avec ceux où les symptômes permettaient d'ajourner l'opération à un moment plus favorable. Il est vrai que M. Routier insista alors, avec juste raison, sur la difficulté extrême qu'il y avait, au début du mal, à faire cette distinction et il ajouta que, s'il avait parfois regretté de s'être abstenu, il n'avait jamais eu, par contre, à se repentir d'être intervenu. Mais M. Ricard, adoptant l'opinion de M. Brun, classa, au point de vue opératoire, les appendicites aiguës en deux catégories : celles qu'il fallait opérer sans retard et celles où l'on devait, au contraire, intervenir à froid. M. Broca préconisa également la temporisation pour tous les cas dans lesquels il n'y avait ni péritonite généralisée, ni collection purulente évidente. M. Potherat fut le premier à se ranger sans restriction de mon côté. M. Jalaguier, tout en admettant que la résection de l'appendice était indiquée lorsqu'on pouvait opérer dès le début des accidents, déclara qu'en général il fallait attendre la disparition des phénomènes aigus pour pratiquer l'intervention dans les meilleurs conditions. MM. Walther et Schwartz émirent des opinions analogues : mais M. Lejars, sans accep-

ter une formule unique, montra néanmoins que l'on assumait des responsabilités en temporisant pour opérer à froid. Par contre, M. Guinard, qualifiant de dangereux les aphorismes de M. Dieulafoy et le mien, soutenait qu'il ne fallait pas intervenir pendant la crise, sauf si l'on constatait nettement la présence de pus ; il est vrai que, depuis, M. Guinard s'est rangé complètement à notre manière de voir. M. Quénu, qui n'avait d'abord admis l'intervention pendant la crise que dans les premières quarante-huit heures après le début des accidents, a déclaré plus récemment qu'il était prêt à opérer toujours dans toute appendicite aiguë. M. Tuffier, se ralliant à cette formule, n'est cependant nettement interventionniste que pour le début de l'appendicite. M. Nimier est également pour l'intervention immédiate. M. Chaput, lui aussi, se range franchement à notre opinion et il est chargé par M. Pozzi de compter ce dernier parmi les nôtres. M. Berger insiste sur les dangers de la temporisation. M. Segond est en opposition formelle avec ceux qui croient que l'on opère trop l'appendicite. MM. Michaux, Gérard-Marchant et Hartmann sont avec nous, et M. Picqué, après un moment d'indécision, prend également place à nos côtés. Enfin, M. Peyrot, tout en reconnaissant qu'il est des appendicites qui guérissent sous l'influence d'un traitement médical, estime qu'il est du devoir du chirurgien de toujours opérer dès le début.

Dr P. Jousset

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

I. DE L'ALGIDITÉ PROGRESSIVE DES NOUVEAU-NÉS. — II. TORTICOLIS CONGÉNITAL. — III. HYPERTROPHIE DIFFUSE DES OS DE LA FACE ET DU CRANE. — IV. LA DURE-MÈRE CONSIDÉRÉE COMME UN AGENT OSSIFICATEUR. — V. VARIOLE ET TUBERCULOSE.

I

L'algidité progressive des nouveau-nés est un état particulier complètement indépendant du sclérème et caractérisé non seulement par l'abaissement progressif de la température du corps, mais encore par le ralentissement simultané de la circulation et de la respiration. La faculté de résister au froid n'est à aucune époque de la vie si faible et si limitée que chez les nouveau-nés. Privés des soins multipliés qu'exige leur nouvelle existence, ils sont destinés à périr comme les petits chats qu'Edward exposait à l'air extérieur après les avoir séparés de leur mère.

Le sclérème n'est souvent que le phénomène terminal d'un état particulier dans lequel la lésion de la caloricité constitue toute la maladie ; mais il peut être aussi la résultante de plusieurs conditions morbides, de certaines affections déterminées telles que syphilis, entérite, etc. Aussi doit-il être pour cette raison distingué de l'algidité progressive.

L'algidité est le phénomène prédominant, le caractère

essentiel de cet état morbide ; un fait remarquable est le parallélisme constant entre la dépression de la température et celle de la respiration et de la circulation. La tem pérature peut baisser jusqu'à 31, 28, 25 et 24° en l'espace de trois à huit jours. Dans le même laps de temps, le pouls peut tomber jusqu'à 80, 60 et même 40 et les mouvements respiratoires diminuer de 20 par minute.

Ce sont les mêmes troubles fonctionnels dont on avait noté la coexistence chez les animaux que Chossat faisait périr d'inanition. Cet habile expérimentateur avait remarqué qu'à mesure que le refroidissement faisait du progrès, la respiration se ralentissait et les battements du cœur devenaient aussi plus lents.

Dans la majorité des cas d'algidité,les nouveau-nés sont pâles, décolorés, réduits au marasme. L'excavation des yeux, la maigreur des joues, les rides nombreuses qui sillonnent la face donnent l'apparence d'une vieillesse anticipée. A cela se joint une torpeur caractérisée par l'obtusion de la sensibilité générale, l'obscurité des mouvements et la faiblesse du cri.

Les conditions étiologiques de l'algidité progressive sont la *faiblesse congénitale, l'insuffisance de l'alimentation* et *le décubitus prolongé dans la position horizontale.*

Pour prévenir cette maladie, il faut éviter les voyages ou même les sorties du nouveau-né. Il faut également ne pas laisser l'enfant trop immobile dans son berceau ; il faut le prendre souvent surtout lorsqu'il crie ; car le cri n'est pas toujours causé par la faim, trop souvent il est dû à une sensation de froid.

Comme traitement à l'alimentation sagement réglée et à la couveuse il faut ajouter le massage, qui est un bon moyen d'accroître et de régulariser les fonctions de *calorification.*

II

Torticolis congénital du sterno-cléido mastoïdien du côté droit ; scoliose, asymétries faciale et cranienne consécutives. Guérison et correction complète par la ténotomie sous-cutanée des chefs sternal et claviculaire du muscle et par le massage.

M. Berger. — L'enfant, qui fait le sujet de cette observation, âgée de 10 ans, présentait les déformations les plus complexes dues à la rétraction extrême du sterno-cleïdo-mastoïdien droit. La tête était abaissée vers l'épaule droite, qui était soulevée, la clavicule saillante, le creux sus-claviculaire exagéré. La face était tournée vers la gauche et déjetée à gauche du plan médian vertical antéro-postérieur passant par le milieu du sternum. La tête avait subie un mouvement de propulsion, qui la portait en totalité en avant vers le sternum. L'attitude ne pouvait être corrigée en aucune façon par le redressement manuel.

Du côté du rachis, déviations secondaires, scoliose à convexité gauche au cou ; scoliose dorsale à convexité droite ; et scoliose lombaire à convexité gauche beaucoup moins prononcée. La courbure dorsale droite avait elle-même entraîné l'élévation et la saillie de l'omoplate correspondante ainsi qu'une courbure exagérée des premières côtes droites.

Du côté de la face et du crâne,asymétrie notable : diminution du diamètre vertical et transversal de la face du côté droit. Crâne oblique, ovalaire, la bosse occipitale droite formant une saillie exagérée en arrière et la bosse pariétale gauche étant proéminente.

Le 16 *mai* 1898, ténotomie sous-cutanée des chefs ster-

nal et claviculaire du muscle rétracté à un bon travers de doigt au dessus de leurs insertions; mobilisation de la tête jusqu'à ce que le côté gauche de la face arrive au contact de l'épaule correspondante, puis immobilisation de la tête et du cou en bonne position à l'aide d'un appareil plâtré.

Un mois après l'opération, l'appareil est enlevé et pendant plus de huit mois on fait des massages et des manœuvres modelantes de la région cervicale. Grâce à ce traitement le sterno-cleïdo-mastoïdien s'est réparé et est resté souple et extensible. La position de la face et de la tête sont symétriques et bien libres par rapport au plan antéro-postérieur médian. La scoliose a diminué d'une manière très notable; l'épaule droite est au niveau de la gauche et l'asymétrie faciale elle-même semble se corriger quelque peu.

M. Berger insiste sur les raisons qui doivent faire préférer la ténotomie sous-cutanée à l'opération faite à découvert. Il n'a pas rencontré de cas où la déviation ait résisté à la ténotomie suivie de massages et de manœuvres modelantes.

M. Pinard, a propos de l'observation de M. Berger, insiste sur la distinction à faire entre le torticolis vraiment congénital et le torticolis obstétrical dû à la rupture du sterno-cleïdo-mastoïdien pendant l'accouchement et à la rétraction consécutive du muscle.

Ce torticolis acquis au moment de la naissance peut guérir dans les premiers mois de la vie par le massage; ce qui évite pour plus tard les déformations et l'intervention sanglante.

III

Hypertrophie diffuse des os de la face et du crâne. —

M. Le Dentu. — L'hypertrophie diffuse est une maladie très rare qui d'ordinaire envahit d'une façon à peu près symétrique les os du crâne et de la face. Son évolution est habituellement très lente, bien qu'on en ait publié un cas où la mort survint en moins d'un an. Histologiquement l'hypertrophie diffuse est caractérisée par la prédominance ou la présence exclusive des éléments osseux.

Les tumeurs pédiculées s'en distinguent cliniquement par leur asymétrie, leur évolution plus rapide et leur pronostic plus grave. Histologiquement la prédominance ou la présence exclusive des éléments embryoplastique est la règle.

Il existe deux autres maladies très spéciales du système osseux qui donnent lieu à des hypertrophies des os du crâne et aussi de la face, ce sont la *maladie de Paget* et l'*acromégalie.*

Le principal caractère différentiel à signaler consiste en ce que l'une et l'autre portent atteinte non pas seulement au squelette de l'extrémité céphalique, mais aussi à celui des membres (épaississements et déformations diaphysaires de la maladie de Paget; accroissement des os de la main et du pied dans l'acromégalie). Dans l'hypertrophie diffuse les lésions sont limitées à la face et au crâne. D'autre part la maladie de Paget est une maladie de vieillard ; l'acromégalie appartient plutôt à l'âge adulte, tandis que l'hypertrophie diffuse a ses origines dans l'enfance ou dans l'extrême jeunesse. La maladie de Paget frappe surtout la voûte du crâne et donne lieu à un épaississement très régulier des os qui la constituent, la face reste indemne. L'acromégalie élargit la face, fait saillir les pommettes, développe le maxillaire inférieur, mais d'une

façon plus symétrique encore que l'hypertrophie diffuse et sans donner lieu à des reliefs aussi accusés, tandis que certaines parties des os atteints d'hypertrophie diffuse se relèvent en véritables tumeurs, largement confondues par leur base avec le tissu dont elles procèdent, sans jamais s'en isoler autant que des tumeurs pédiculées.

Le *pronostic* de l'hypertrophie diffuse est généralement bénin; mais cette bénignité n'est pas indéfinie même dans les formes les plus lentes et d'une façon générale elle est en rapport avec le plus ou moins de dureté des os atteints. Si l'hypertrophie diffuse peut devenir cause de mort, c'est à la suite d'accidents dus à l'obturation des cavités naturelles de la face (occlusion graduelle des fosses nasales et de la bouche, difficulté de la respiration, de la déglutition et même de l'ingestion des aliments; rétrécissement des orbites). C'est surtout par le fait de la compression de l'encéphale et de l'irritation des méninges.

Le traitement ne pourrait être utile qu'au début, lorsque la tuméfaction est encore limitée. Peut-être alors l'abrasion des parties saillantes et la cautérisation ignée interstitielle pourrait-elle rendre service et arrêter l'évolution de la maladie?

IV

La dure-mère considérée comme un agent ossificateur. — M. Cornil. — Lorsqu'après une trépanation la dure-mère est restée intacte, elle devient le point de départ d'un os nouveau qui remplace l'os ancien et ferme, par une occlusion absolue et rigide, la perte de substance. Si la trépanation avait pour but de décomprimer le cerveau pour guérir, par exemple, une épilepsie jacksonienne, l'amé-

lioration est simplement transitoire et cesse lorsque l'os crânien s'est reformé.

Il y a donc un intérêt thérapeutique de premier ordre à s'opposer à la reconstitution de l'os au niveau du pont trépané. On obtient ce résultat et la permanence de l'orifice osseux est assurée lorsque l'on a pratiqué pendant l'opération l'excision de la dure-mère.

V

Variole et tuberculose. — M. Hervieux établit chiffres en main que la variole prédispose à la tuberculose. La plus probante des statistiques citées est celle de M. Landouzy qui, sur plus de 300 sujets porteurs de cicatrices de variole, n'en a trouvé que onze indemnes de tuberculose.

Dr Humeau

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. L'exploration clinique des fonctions rénales par la glycosurie phloridzique. — II. Un cas de méningite cérébro-spinale a streptocoques — III. Du rhumatisme sacro-iliaque. — IV. Eruptions post-grippales. — V. A propos du goitre exophtalmique. — VI. Alcool et phtisie.

I

(*Séance du* 7 *avril*). — MM. Achard et Delamare se sont livrés à des recherches très intéressantes sur la glycosurie phloridzique et sur les renseignements cliniques que

cette glycosurie pouvait donner sur l'état des reins ; ils ont voulu faire un pendant à l'épreuve du bleu de méthylène, l'épreuve de la *glycosurie phloridzique.*

Ces recherches les ont amenés à étudier l'action de la phloridzine sur l'homme sain et nous pourrons peut-être, nous autres homœopathes, tirer quelques résultats thérapeutiques pratiques de leurs travaux de laboratoire.

Voici d'abord ce qu'ils disent de l'action physiologique de la phloridzine, principalement de son action sur le rein.

Sans prétendre citer ici toutes les recherches expérimentales, assez nombreuses, qui ont été faites sur la glycosurie phloridzique, et qui n'en ont pas encore tout à fait élucidé le mécanisme, nous rappellerons seulement sur quels arguments fondamentaux repose l'opinion qui la rapporte à un phénomène rénal.

Lorsque von Mering découvrit en 1885 la glycosurie phloridzique (1), il vit en même temps qu'elle n'était nullement influencée par le régime alimentaire et qu'elle ne s'accompagnait pas non plus d'hyperglycémie, contrairement à la glycosurie diabétique. Les observateurs qui suivirent confirmèrent presque tous ces particularités, notamment l'absence d'hyperglycémie, et parfois même ils constatèrent une diminution plus ou moins légère du sucre sanguin sous l'influence de la phloridzine (Minkowski, Hédon) (2).

(1) I. von Mèring, Ueber kunstlichen Diabetes (*Centralbl. f. die medicin Wissenschaften*, 1885, p. 531, et *Verhandl. des V Congress f. innere Medicin*, Wiesbaden, 1886, p. 185).

(2) O. Minkowski, Untersuchungen über den Diabetes mellitus nach Extirpation des Pankreas (*Arch. f. experim. Pathol. und. Pharmak.*, 1893, Bd XXXI, p. 137). — Hédon, Action de

Nous avons, de notre côté, vérifié chez l'homme l'absence d'hyperglycémie. Après l'injection de doses de phloridzine variant de 15 à 50 milligrammes, nous n'avons observé dans la teneur du sang en glycose que de légères différences, tantôt en plus, tantôt, et plus souvent, en moins, comme on peut s'en rendre compte sur le tableau suivant.

Dose de phloridzine injectée.	Sucre sanguin		Différence		Sucre de l'urine.
	Avant. gr. c.	Après. gr. c.	En plus. gr. c.	En moins. gr. c.	gr. c.
I. 15 milligrammes.	1 340	1 201	»	0 139	1 320
II. 30 —	1 013	1 121	0 108	»	non dosé
III. 50 —	1 786	1 175	»	0 611	10 083
IV. — —	1 274	1 028	»	0 246	0
V. — —	1 251	1 078	»	0 173	non dosé
VI. — —	0 777	0 846	0 069	»	2 500

Chez un diabétique ayant 2 gr. 857 de glycose par litre de sang, l'injection de 50 milligrammes de phloridzine fut suivie aussi du léger abaissement à 2 gr. 706, tandis que la glycosurie monta de 115 à 140 grammes, pour retomber le lendemain de l'injection à 87 grammes. Chez un autre diabétique, une dose de 4 grammes de phloridzine, prise par la bouche, fit descendre la glycémie de 4 gr. 164 à 3 gr. 959. On peut rapprocher ces faits des résultats expérimentaux de M. Hédon, qui a vu la phloridzine abaisser le taux du sucre sanguin chez des chiens rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas.

Ainsi, tandis que dans le diabète ordinaire, c'est parce que le sucre se trouverait en excès dans le sang qu'il

---

la phloridzine chez les chiens diabétiques par l'extirpation du pancréas (*Soc. de biologie*, 16 janv. 1897).

parviendrait à forcer le rein, au contraire, sous l'influence de la phloridzine, le rein livrerait passage au sucre alors même que le sang n'en renfermerait qu'une proportion normale. En d'autres termes, la glycosurie de la phloridzine ne résulterait pas, comme celle du diabète, de causes générales, mais dépendrait surtout d'un phénomène localisé dans le rein.

A vrai dire, cet argument, tiré de l'absence d'hyperglycémie, n'est pas très solide, car dans le diabète spontané, contrairement à ce qu'on admettait autrefois, l'hyperglycémie n'est pas toujours bien manifeste, surtout lorsque l'excrétion du sucre n'est pas considérable. Mais dans ces diabètes légers, on peut, du moins, constater une aptitude générale de l'organisme à fixer et à utiliser le sucre introduit dans le tube digestif ou sous la peau. Or, cette insuffisance glycolytique ne paraît pas exister non plus chez les sujets soumis à l'influence de la phloridzine. D'une part, en effet, l'alimentation, comme nous l'avons déjà dit, reste sans influence sur le taux de la glycosurie phloridzique ; d'autre part, la phloridzine ne semble pas faciliter l'élimination du sucre introduit sous la peau.

En comparant, chez plusieurs sujets, la quantité de sucre émise après une simple injection de phloridzine et après une injection simultanée de la même dose de phloridzine et de 10 grammes de glycose, nous n'avons obtenu que des résultats variables : trois fois sur cinq, c'est même une moindre glycosurie que nous avons notée après la double injection de glycose et de phloridzine.

	Sucre éliminé.	
	Phloridzine seule.	Phloridzine et glycose.
	gr. c.	gr. c.
I.	»	8 639
5 jours après.	1 125	»
II.	1 405	»
4 jours après.	»	0 971
III.	1 278	»
3 jours après.	»	0 931
IV.	5 990	»
5 jours après.	»	7 424
V.	0 660	»
2 jours après.	»	2 500

Dans le dernier cas, l'exagération relativement importante de la glycosurie sous l'influence de la seconde injection doit être réduite à sa juste valeur, en tenant compte de ce que cette injection a été faite deux jours seulement après la première ; en effet, comme l'a signalé Coolen (1) et comme nous l'avons également vérifié, les injections de phloridzine, répétées à court intervalle, provoquent une glycosurie croissante. L'influence du glycose injecté reste donc douteuse.

Ainsi, chez les sujets soumis à l'action de la phloridzine, l'insuffisance glycolytique fait complètement défaut ou n'est que bien légère, douteuse même. Ce fait établit une différence importante avec le diabète ordinaire et indique que les causes générales ont moins de part, dans la genèse de la glycosurie phloridzique, que les

(1) F. Coolen. Contribution à l'étude physiologique de la phloridzine. *Bull. de l'Acad. royale de médecine de Belgique*, 1894, vol. VIII, p. 559.

phénomènes rénaux, à l'inverse de ce qui a lieu pour la glycosurie diabétique.

Un argument plus direct à l'appui de cette origine rénale est tiré de l'expérimentation. Si l'on porte la phloridzine au contact même du rein, par injection dans une artère rénale, comme l'a fait Zuntz (1), on voit que l'urine émise par ce rein, presque aussitôt après, contient du sucre, tandis que l'urine qui sort de l'autre rein n'en renferme que beaucoup plus tard. La glycosurie apparaît donc ici comme l'effet d'une action locale de la phloridzine sur le rein.

On a beaucoup discuté sur la façon dont le rein s'acquitte de cette élimination de glycose et sur la provenance du sucre ainsi excrété. Pour les uns, il s'agirait d'une simple filtration du sucre sanguin, la phloridzine rendant le rein plus perméable au glycose. Pour d'autres, le sucre serait élaboré par les cellules glandulaires du rein. Mais bien que la phloridzine fournisse facilement du sucre en se dédoublant en glycose et phlorétine, la quantité de sucre éliminée par l'urine dépasse de beaucoup celle qui résulterait d'un tel dédoublement. Aussi les auteurs ont-ils invoqué des mécanismes plus complexes et fait dériver le sucre formé dans ces conditions soit des graisses (Contejean), soit des albuminoïdes (von Mering, Prausnitz, Cremer et Ritter, Levene).

Il n'entre pas dans notre sujet d'examiner toutes ces questions litigieuses. Car ce qui nous importe essentiellement, c'est de savoir que la phloridzine exerce sur le rein une action particulière, et ce point n'est plus guère

(1) Zuntz. *Verhandl. der physiolog. Gesellschaft zu Berlin*, 1894-1895, p. 51.

contesté. Quant à la nature de cette action, si elle demeure incertaine, elle n'a du moins pour nous qu'un intérêt accessoire (1).

Enfin, la pathologie vient à son tour fournir un argument en faveur de l'action rénale de la phloridzine. S'il est vrai que la production de la glycosurie exige une intervention active du rein, on conçoit qu'elle puisse faire défaut quand cet organe est profondément lésé. Or, c'est précisément ce qui a lieu. Klemperer, ayant donné par ingestion de la phloridzine (jusqu'à 10 grammes) à 10 malades atteints de néphrites chroniques, a noté 7 fois l'absence de glycosurie (2).

---

(1) Cela ne veut pas dire que le rein soit le seul organe glandulaire influencé par la phloridzine. Cette substance agit sur la sécrétion biliaire, car Levene a constaté qu'elle provoquait l'élimination d'un peu de glycose par la bile (The influence of phloridzine on the bile and lymph, *Journ. of experim. medicine*, New-York, janvier 1897, p. 107). Nous avons vu aussi, dans quelques cas, la sueur acquérir, sous l'influence de la phloridzine, la propriété de réduire la liqueur de Fehling. La phloridzine exerce encore une action sur la mamelle. Cornevin a trouvé qu'elle augmentait la teneur du lait en sucre chez la vache (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 6 février 1893, vol. CXVI, p. 263). Les recherches que nous avons faites chez des nourrices nous ont aussi fait voir cet accroissement du sucre dans la sécrétion lactée, et il résulte des analyses faites par M. Chapelle que tout le sucre éliminé par le lait dans ces conditions est du lactose. La mamelle paraît aussi éliminer de la phloridzine, car nous avons observé la glycosurie chez des chats nouveau-nés allaités par une chatte à qui nous avions injecté 1 et 2 grammes de cette substance.

(2) G. Klemperer. Ueber regulatorische Glykosurie und renalen Diabetes. *Verhandlungen des Vereins für Medicin* zu Berlin, 18 mai 1896.

Il est vrai que la valeur de ces résultats a été contestée par Magnus Lévy, qui, délaissant à très juste titre l'administration de la phloridzine par la bouche comme exposant à trop d'incertitude, et recourant à l'injection sous-cutanée, a observé des faits contraires aux précédents : avec des doses de 20,50 centigrammes, 1 gramme, il a obtenu de très fortes glycosuries (plus de 50 grammes de sucre), même chez des malades atteints de diverses affections rénales (1).

Toutefois, il nous a paru que, pour établir utilement une comparaison entre le rein sain et le rein malade, il y avait peut-être lieu de choisir une plus faible dose de phloridzine et de tenir compte non pas seulement de la quantité totale de sucre éliminé, mais aussi des autres éléments de l'élimination, de son début et de sa durée.

En procédant ainsi, nous avons reconnu que, chez un certain nombre de malades présentant des symptômes d'affections rénales, plusieurs fois vérifiées à l'autopsie, l'injection sous-cutanée de phloridzine, aux doses de 5 à 50 milligrammes, ne provoquait aucune glycosurie ou ne donnait lieu qu'à une faible élimination de sucre. Et d'une façon générale, dans la majorité des cas où la réaction du rein à la phloridzine présentait quelque irrégularité, l'on pouvait admettre un vice de fonctionnement de cet organe.

De ces recherches du Dr Achard, nous devons conclure que nous avons peut-être trop peu essayé la phloridzine

---

(1) Magnus Levy, *ibid.*, 15 juin 1896. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 12 novembre 1895, n° 30, p. 202.

dans le traitement du diabète et que nous ferions bien de recommencer à l'employer; il résulte, en effet, des expériences de Hédon, que cette substance diminue la quantité du sucre sanguin chez les chiens rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas. M. Achard signale le même fait chez deux diabétiques; en outre, chez l'un d'entre eux, l'injection sous-cutanée de 5 centigrammes produisit une augmentation de la glycosurie, puis une diminution. Nous pensons qu'il y a lieu de revenir sur l'emploi de ce médicament.

Du reste, pour les auteurs de la communication l'épreuve de la phloridzine est destinée à contrôler l'épreuve du bleu de méthylène.

Voici en quoi consiste cette épreuve : on fait une injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'une solution aqueuse au 200e, représentant exactement 5 milligrammes de phloridzine. Cette substance étant très peu soluble dans l'eau distillée à froid, on aura soin de faire tiédir la solution avant de s'en servir.

On fait uriner le malade au moment de l'injection pour vider sa vessie, puis on recueille son urine au bout d'une demi-heure. d'une heure, puis d'heure en heure. On s'assure que les urines du malade ne contiennent pas de sucre avant l'injection ; puis on analyse chaque émission. En général, chez les sujets sains, le sucre apparaît dans l'urine au bout d'une demi-heure ou d'une heure et la glycosurie dure de deux à quatre heures; la quantité éliminée varie entre 1 et 2 grammes.

On peut combiner cette épreuve avec celle du bleu de méthylène en injectant simultanément 5 centigrammes de bleu et 5 milligrammes de phloridzine.

Il est utile de ne pas donner au malade de médica-

ments pouvant agir sur la glycosurie : piperazine, antipyrine, jambul (1).

Lorsque les reins sont altérés il se présente des trou- dans cette glycosurie : troubles en moins ou troubles en plus.

Chez 45 malades, avec 13 autopsies, on a trouvé l'absence ou la diminution du sucre ; il s'agissait presque toujours de cas s'accompagnant de lésions rénales. Chez quelques malades, au, contraire, atteints ou paraissant atteints d'affections rénales, on a observé soit une glycosurie plus grande que celle qui s'observe chez l'homme sain, soit une élimination prolongée.

Cette épreuve par la phloridzine doit encore être étudiée, mais elle pourra rendre des services.

II

M. Rendu rapporte l'observation d'un jeune homme mort dans son service d'*une méningite cérébro-spinale à streptocoques.*

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, qui a présenté les signes classiques de cette maladie. Il est pris, après huit jours de courbature, de lassitude, d'inappétence et de lourdeur de tête ; puis épistaxis, céphalalgie ; diarrhée consécutive à un purgatif ; il entre à l'hôpital avec des signes faisant penser à une fièvre typhoïde : langue sèche, lèvres fuligineuses, teint vultueux, diarrhée fétide inconsciente, ventre ballonné, rate grosse, urines rares et albumineuses ; fièvre intense. Surdité, paraissant causée par une ancienne otite droite.

(1) Entre parenthèse faisons remarquer que le jambul est un médicament employé par les homœopathes dans le diabète sucré sous le nom de Syzygium Jambolanum.

Le 12 décembre (huitième jour) l'aspect change; la température a été en diminuant graduellement; le pouls, au contraire, va en augmentant; pupilles inégales, ventre rétracté en bateau, le signe de Kernig est manifeste.

Le malade délire et marmotte constamment, il meurt le 13 décembre.

L'autopsie confirme le diagnostic de méningite cérébro-spinale. L'examen bactériologique du pus recueilli au niveau des méninges a décelé la présence de streptocoques, et l'absence du micro-organisme rencontré habituellement, du méningocoque.

M. Netter dit que c'est le troisième cas de méningite cérébro-spinale qu'il relève depuis le commencement de l'épidémie avec streptocoque au lieu de méningocoque, variété du pneumocoque.

Il désire signaler au point de vue du traitement les bains chauds, auxquels il attribue la plupart des guérisons qu'il a obtenues.

Il donne des bains de 38 à 40 degrés, d'une demi-heure de durée, répétés trois fois par jour et même plus souvent.

III

(*Séance du 14 avril*). — M. Galliard rapporte trois observations de rhumatisme de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Il s'agit dans le premier cas d'un homme de 42 ans, chez lequel ce rhumatisme précéda une méningite à pneumocoques sans pneumonie.

Chez le deuxième malade, âgé de 33 ans, l'arthrite sacro-iliaque gauche avait été précédée d'une fièvre ty-

phoïde et elle s'accompagna de vives douleurs rhumatismales le long de la colonne vertébrale.

Le troisième malade, âgé de 39 ans, a eu un rhumatisme blennorrhagique de l'articulation sacro-iliaque gauche ; cette arthrite dura pendant quatre semaines avec des douleurs violentes sur le trajet du nerf sciatique et du nerf crural correspondants.

M. Rendu a observé un malade, qui fut atteint trois ans après une blennorrhagie d'une ankylose de la partie supérieure de la colonne vertébrale, avec arthrite sèche des deux épaules.

IV

M. Antony communique, au nom d'un médecin militaire, M. Biscous, une observation d'érythème scarlatiniforme qui survint dans le cours de la convalescence d'une pleuro-pneumonie de nature grippale. A propos de ce fait, il relate le cas d'un jeune soldat qui fut atteint d'une laryngite aiguë et d'une éruption d'érythème noueux, sans douleurs articulaires, pendant la convalescence d'une pneumonie grippale.

Le sang, pris au niveau des plaques d'érythème, fut ensemencé et produisit des colonies nombreuses de staphylocoques.

V

(*Séance du* 21 *avril*). — M. Debove a pu observé tout récemment une femme guérie d'une maladie de Basedow par des injections de teinture d'iode dans le goître. Il croit à un goître exophtalmique de nature nerveuse quoique la malade ne présentât aucun stigmate hystérique; la maladie avait débuté à l'âge de 24 ans à propos d'une vive frayeur. M. Debove atribue la possibilité de guéri-

son par les injections interstitielles de teinture d'iode à la nature nerveuse de cette affection.

M. Debove, considérant que le goître exophthalmique pouvant relever de causes très diverses, remarquant qu'on peut rencontrer à côté des goîtres basedowifiés, des goîtres où la lésion de la glande thyroïde joue le principal rôle, des goîtres nerveux, hystériques, pense qu'il ne peut y avoir une méthode unique de traitement et qu'il faut établir son traitement suivant la cause de l'affection.

M. Béclère a observé un myxœdémateux, traité avec succès par un traitement thyroïdien intensif, être atteint consécutivement d'un goître exophthalmique et devenir en même temps hystérique. Il pense, que dans ce cas, le suc thyroïdien a été l'agent provocateur de la névrose, comme chez d'autres sujets cet agent peut être l'alcool, le plomb, un traumatisme, etc.

VI

M. Jacquet, relevant avec le plus grand soin les antécédents des phtisiques de son service, a trouvé que 16 sur 17 s'étaient fortement adonnés à l'alcoolisme pendant plusieurs années avant l'apparition de leur tuberculose. Ils buvaient de l'eau-de-vie, du rhum, des apéritifs et en particulier de l'absinthe (15 fois sur 16). La phtisie avait montré une marche particulièrement rapide chez ces malades, qui présentaient des cavernes un an ou deux en moyenne après le début des accidents, ce qui n'est pas en rapport avec l'opinion soutenue par certains auteurs sur la tendance fibroïde de la phtisie chez les alcooliques.

L'alcoolisme ou la tuberculose des ascendants se retrouvaient chez plusieurs de ces malades; deux d'entre eux,

de souche alcoolique, avait eu dans l'enfance des tuberculoses externes (lupus et tumeur blanche du genou).

Il faut aussi remarquer que l'abus de l'alcool est si répandu chez les ouvriers qu'il est difficile que la tuberculose et l'alcoolisme ne coïncident pas souvent. Les chiffres de M. Jacquet sont cependant assez suggestifs et ils feraient penser que les spiritueux, et en première ligne les apéritifs et l'absinthe, doivent agir pour favoriser la bacillose.

M. Havem croit qu'il y aurait lieu de généraliser cette recherche dans tous les services hospitaliers. Pour lui, l'alcoolisme se rencontre en majorité dans les hôpitaux et il y a des rapports à étudier non seulement entre l'alcoolisme et la tuberculose, mais aussi entre l'alcoolisme et les affections de l'estomac.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

Action tænifuge de l' « Aspidium spinulosum »

D'après M. le Dr W. Laurén (d'Helsingfors), l'*Aspidium spinulosum* — fougère qui en Finlande est beaucoup plus répandue que l'*Aspidium filix mas* ou fougère mâle officinale — serait également douée de propriétés tænicides. C'est ainsi que notre confrère a pu se débarrasser lui-même d'un botriocéphale, après avoir absorbé 4 grammes d'extrait éthéré de racine d'aspidium spinulosum. D'autre part, MM. les Drs Löfström et Schaumann (d'Helsingfors) ont expérimenté cette préparation sur 6 sujets porteurs

de tænias. On avait affaire 5 fois à des botriocéphales, qui furent rendus avec la tête, et 1 fois à un tænia medio-canellata dont la tète ne paraît pas avoir été expulsée. Dans tous ces cas on a fait prendre 3 ou 4 capsules gélatineuses kératinisées renfermant chacune 1 gramme d'extrait d'aspidium spinulosum. Un purgatif a été administré avant et après l'ingestion du tænifuge. Ce traitement a toujours été bien supporté. (*Semaine médicale* 19 avril)

Traitement de l'ozène par l'acide citrique.

D'après l'expérience de M. le Dr Hamm (de Brunswick), les insufflations dans le nez d'un mélange composé par parties égales d'acide citrique et de sucre de lait auraient pour effet, chez les sujet atteints d'ozène, de supprimer toute trace de fétidité de l'haleine et de diminuer à la longue la sécrétion purulente de la pituitaire. Ces insufflations sont pratiquées trois fois par jour par le malade lui-même. En outre, on fait tous les matins un lavage des fosses nasales.

L'action désodorisante de l'acide citrique dans l'ozène serait tellement prononcée que, sous l'influence de ce traitement, le patient ne dégagerait plus la moindre odeur, alors même que le nez renferme du pus ou des croûtes. Ce résultat se maintiendrait pendant un laps de temps assez long. C'est ainsi qu'un malade de notre confrère n'a plus présenté de punaisie plusieurs mois après qu'on eût cessé les insufflations. (*Semaine médicale* 19 avril)

L'atropine contre la diarrhée séreuse des nourrissons.

Les nourrissons, surtout ceux qui sont alimentés arti-

ficiellement, présentent parfois une diarrhée séreuse qui les affaiblit beaucoup et qui résiste à tous les moyens usuels de traitement. Or, M. le Dr Berton a constaté à la clinique de M. le Dr Escherich, professeur de pédiatrie à la Faculté de médecine de Gratz, que ces cas rebelles de diarrhée séreuse sont souvent influencés très favorablement par l'atropine administrée d'après la formule suivante :

Sulfate d'atropine. . . . . . . 0 gr. 06 centigr.
Eau distillée. . . . . 30 grammes.

F. S. A. — Donner à l'enfant de 1 à 3 gouttes de cette solution chaque jour.

Il faut surveiller très attentivement l'effet général de cette médication et ne jamais dépasser la dose de trois gouttes par vingt-quatre-heures. (*Semaine médicale*, 5 avril).

TROIS CAS DE « VERGE NOIRE » CAUSÉS PAR L'ANTIPYRINE.

M. Fournier a observé chez trois malades des taches presque noires, plus exactement gris-ardoise sur le prépuce et le gland, avec rougeur et infiltration considérables (verge en battant de cloche). Cette éruption, fort effrayante pour les malades, qui croyaient à de la gangrène, était manifestement causée par l'ingestion d'antipyrine. Dans un cas, il existait en même temps des taches analogues sous chaque malléole péronière, et dans un espace interdigital de la main. Ces taches de la verge ont duré plusieurs semaines chez le seul malade qui a pu être suivi. (*Bulletin médical*, 19 avril).

TRAITEMENT DE LA LARYNGITE TUBERCULEUSE PAR LES ASPIRATIONS LARYNGÉES (1).

J'ai décrit, l'année dernière, au Congrès de Moscou, un procédé d'*aspiration* laryngée qui permet aux malades d'introduire dans les voies respiratoires les poudres médicamenteuses, sans l'emploi du laryngoscope, sans le concours du médecin, aussi fréquemment qu'il convient de le prescrire et, cela, avec une perfection et une sûreté parfaites ; la poudre, entraînée par le courant d'air aspiré, recouvre la muqueuse du larynx, les cordes vocales et la trachée d'une couche uniforme, comme si elle avait été répandue avec un tamis, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en pratiquant l'examen laryngoscopique après une aspiration. Seules, les parties externes des cordes vocales, qui, pendant l'aspiration, se trouvent dans l'abduction, ne sont pas recouvertes.

Le seul instrument nécessaire est un tube de verre de six millimètres environ de diamètre intérieur, de vingt à vingt-cinq centimètres de longueur, ayant, à l'une de ses extrémités, une crosse d'un centimètre de longueur et faisant environ un angle de 100° avec le corps du tube ; à quatre centimètres de l'autre extrémité se trouve une courbure d'environ 145°.

Pour se servir de ce tube, on répand sur une surface propre la poudre à aspirer, le malade introduit le tube dans la bouche, l'angle de la crosse contre la paroi postérieure du pharynx, la crosse en bas ; il applique l'autre extrémité sur la poudre et aspire ; la poudre, entraînée par le courant d'air, pénètre profondément dans les voies

(1) M. Leduc, Communication au Congrès de l'Association de l'avancement des sciences. Nantes 1898.

respiratoires et, si l'opération est bien faite, ne se répand ni dans la bouche ni dans le pharynx.

Nous avons continué à employer cette méthode et nous avons obtenu avec elle, surtout dans le cas de laryngite tuberculeuse, des résultats tels, que nous nous sommes reproché de n'avoir pas assez insisté, dans notre communication de Moscou, sur son efficacité.

Nous pouvons affirmer aujourd'hui que ce traitement guérit régulièrement les laryngites tuberculeuses et les laryngites les plus graves; nous l'avons appliqué à des malades ayant des laryngites tuberculeuses depuis plusieurs mois, complètement aphones, avec dysphagie des plus pénibles, dyspnée intense constituant un danger immédiat, les replis aryténo-épiglottiques œdématiés de façon à ne laisser qu'une fente très étroite au passage de l'air; nous l'avons appliqué à des larynx ulcérés et, dans tous les cas, nous avons eu une amélioration rapide. Souvent, presque toujours, l'amélioration est presque immédiate; dans une semaine, la dyspnée disparaît, la voix revient et les malades peuvent s'alimenter.

Nous n'employons comme médicament que le di-iodoforme en poudre impalpable, quatre à huit aspiration par jour suivant les cas. Lorsqu'il existe de la douleur, nous ajoutons au di-iodoforme un peu de chlorhydrate de cocaïne ou un peu de chlorhydrate de cocaïne et de morphine.

Depuis notre communication de Moscou, nous avons soumis à ce traitement vingt-cinq malades atteints de laryngite tuberculeuse; tous sont guéris de leur laryngite. Ceux qui ont succombé sont morts par suite des progrès de la tuberculose pulmonaire, mais après la disparition des symptômes laryngés.

Eruption due au benzoate de soude.

Les éruptions provoquées par l'ingestion de benzoate de soude sont très rares. Dans l'observation suivante, c'est après l'absorption de 3 cachets de 50 centigrammes chaque, 2 le premier jour et un le second jour, que les accidents sont survenus.

L'éruption se manifesta sous forme de taches érythémateuses et de papules à peines saillantes, s'effaçant sous la pression pour reparaître dès que celle-ci cessait et accompagnées de quelques démangeaisons. La couleur des taches et des papules était d'un rouge sombre; les éléments avaient un contour irrégulier et les dimensions d'une lentille tout au plus.

L'éruption se montra d'abord à la face dorsale des poignets sur une hauteur de trois travers de doigts avec prolongement le long des bords externe et interne du dos de la main, où les taches étaient confluentes, puis sur la région olécranienne du coude, la face antérieure des genoux ; quelques éléments se montrèrent sur le front et sur la face dorsale du pied.

En quelques heures, l'éruption atteignait son maximum d'intensité ; elle se limita aux régions précédentes, dès que le médicament fut supprimé. Le lendemain les taches pâlirent, le prurit cessa, l'éruption disparut le troisième jour sans laisser trace de desquamation. (*France médicale*, 27 janvier).

VARIÉTÉS

144e ANNIVERSAIRE DE LA NAISSANCE DE HAHNEMANN

Le mardi 18 avril 1899 eut lieu dans les salons du restaurant Marguery le traditionnel banquet des homœopathes à l'occasion de la naissance de Hahnemann.

Voici la série des toasts qui ont été prononcés au champagne :

Le Dr Love, président de la Société homœopathique française :

Messieurs.

Il y a peu près trente-cinq ans, les homœopathes de Paris, diffamés par un journal de médecine, engageaient un procès contre le rédacteur en chef de ce journal ; dans ce procès, qu'ils perdirent d'ailleurs, on a pu voir se dresser contre eux les membres les plus considérables de l'Académie de médecine, qui ne craignirent pas de descendre dans l'arène pour les écraser. A cette époque, aucun médecin des hôpitaux ne consentait à se trouver en consultation avec un homœopathe. Nous étions des pelés, des galeux, avec qui des médecins respectables ne se commettaient pas, et si, par hasard, un des leurs passait dans notre camp, il n'y avait pas pour lui assez d'injures, je dirai même de persécutions ; notre ami Tessier n'a qu'à rappeler un instant devant ses yeux une chère mémoire, pour vous affirmer que je n'exagère rien.

Aujourd'hui, changement complet. Tous les chirurgiens et le plus grand nombre des médecins des hôpitaux se rencontrent avec nous au lit des malades dans les conditions les plus aimables. Il existe, pour l'admission des congrès scientifiques à l'Exposition de 1900, une commission officielle : nous en faisons partie sans l'avoir sollicité, croyez-le bien, et mon ami Simon a dû être aussi stupéfait que moi, en recevant la lettre du ministre nous apprenant qu'il nous avait désignés pour faire partie de cette commission ; et notez que nos lettres de nomination portent en bas : Dr Simon, Dr Love *homœopathe* ! Les mânes d'Andral et de Gubler doivent en frémir d'horreur ! Enfin, nous sommes décorés ! A ce propos, je me souviens que dans un banquet que nous offrîmes, il y a deux ans, sur la tour Eiffel, au grand homœopathe américain Allen, nous causions tous les deux avant de nous mettre à table lorsque je vis son œil se fixer soudainement sur ma boutonnière, avec les signes d'un étonnement profond : « Is it the Legion of honour? » (Est-ce la Légion d'honneur?) Evidemment, il se méfiait du Portugal. Sur ma réponse affirmative, il eut ce mot d'une d'une concision bien yankee, mais qui chez les gens de son pays exprime tout un monde de réflexions : « Oh ! » Eh bien, oui, Messieurs, des homœopathes sont décorés. Il est vrai que ces distinctions ont été données, un peu comme toujours en France, dans le tas, au hasard de la fourchette, tombant sur des poitrines jeunes, alors que nous voudrions les voir sur de-, et surtout sur la poitrine la plus ancienne, d'un homme que nous respectons et que nous aimons tous, et chez qui 80 ans d'âge et 50 ans de pratique professionnelle n'ont pu éteindre ni la vigueur physique ni la vivacité intellectuelle. Mais, que voulez-

vous, ce serait reculer les bornes de l'exigeance que de demander que les récompenses fussent toujours données à ceux qui les ont le plus méritées ; et puis, comme disait je ne sais plus quel anarchiste : « Qu'importent les individualités, pourvu que le geste soit beau. »

Enfin, Messieurs, il y a plus fort que ça : il y en a parmi nous qui sont officiers d'académie, et Hahnemann va avoir, à Paris, son monument ! Après cela, vous l'avouerez si vous êtes de bonne foi, je vous ai prouvé surabondamment que nous avons cessé de nous faire remarquer, et que, loin d'être les parias de jadis, nous sommes bien devenus des gens comme tout le monde.

Mais pourquoi ce changement si radical dans notre situation ? Parce que la justice immanente, chère à Gambetta, n'est pas un mythe ; parce que le vrai et le beau finissent toujours par triompher. Le grand Alexandre Dumas, le père, disait : « Quand on croit que le vrai et le beau sont écrasés, c'est qu'on n'a pas attendu assez longtemps. » Eh bien ! oui, Messieurs, le vrai et le beau triomphent toujours, et c'est surtout pour l'homœopathie qu'on pourrait rééditer un mot tristement célèbre : « La vérité est en marche ! » Il est vrai qu'elle va plus souvent à pied qu'en automobile, mais qu'importe puisqu'elle arrive.

A notre époque, on a pu entendre un professeur d'une faculté étrangère dire en pleine chaire : « La science médicale moderne repose tout entière sur les idées de trois hommes qui ont été honnis, vilipendés et persécutés par leurs contemporains : Mesmer, Raspail et Hahnemann. » C'est exact, car cette trinité de précurseurs pourrait être représentée aujourd'hui par une trinité de continuateurs qui ont nom : Charcot, Lister et Pas-

teur. Ces derniers ont remplacé les vilenies, les injures et les persécutions par les honneurs, la fortune et la gloire.

Pourquoi notre situation a-t-elle changé ? Parce que l'un de ces trois hommes, notre maître Samuel Hahnemann, a, tout comme le Petit Poucet de la fable, découvert bien loin, bien loin, la petite lumière qui le guidait dans la nuit qui l'entourait. Comme dans la fable, c'est le petit Poucet qui a mangé l'Ogre, car la petite lumière est devenue un flambeau énorme, et de même qu'à la nuit nous voyons surgir sur nos places et nos boulevards de grandes traînées lumineuses qui s'étalent en enseignes triomphantes. nous voyons aujourd'hui le *Similia Similibus* se dresser en lettres flamboyantes pour éclairer et dominer toute la thérapeutique moderne.

Buvons donc, Messieurs, à notre maître Samuel Hahnemann, le flambeau de la vérité thérapeutique.

Le Dr P. Jousset :

Au 144e anniversaire de la naissance de Hahnemann.

Messieurs, cherchez dans le siècle qui va bientôt finir et vous ne trouvez pas, en dehors de Hahnemann, un médecin dont les élèves célèbrent chaque année l'anniversaire.

Que ce médecin ait remué des idées comme *Broussais* ou charmé ses contemporains comme *Trousseau* ou même imprimé à la médecine pratique de merveilleux progrès, comme *Laennec*, aucun n'a laissé d'École.

Pourquoi cela ?

Parce qu'aucun d'eux ne possédait de doctrine, Or, sans doctrine pas d'école, pas de disciples. et par conséquent rien de ce qui ressemble à la manifestation d'aujourd'hui.

Ce n'est pas une chose banale, messieurs, que ce culte de la mémoire d'un homme pendant un siècle. Nous sommes peu nombreux ici, dira quelque fâcheux ; d'accord ; mais suivez-moi par la pensée hors de cette salle. Venez en Angleterre, en Belgique, en Russie, en Allemagne, en Autriche. en Italie, en Espagne ; passons l'océan, allons aux États-Unis, et vous verrez non des centaines, mais des milliers de médecins célébrer avec nous l'anniversaire de Hahnemann.

Eh bien, Messieurs, ceci est une grande chose ; c'est la preuve que nous avons la *durée* ; or, la durée, c'est non seulement le signe de la vérité, c'est encore l'instrument de la puissance. Cet homme qui « plus grand que César », a rempli de son nom la première partie de ce siècle, n'avait pas de puissance parce qu'il n'avait pas la *durée* : demain lui a manqué.

Demain c'est Waterloo,
Demain c'est Sainte-Hélène,
Demain c'est le tombeau.

Nous n'aurons point de Waterloo : hier nous garantit demain, et c'est avec confiance que je vous propose de lever votre verre à Hahnemann dans son cent quarante-quatrième anniversaire.

Le Dr Léon Simon :

Messieurs,

Je vous propose de boire à nos confrères de la province, parmi lesquels chacun de nous compte bon nombre d'amis, en particulier à ceux qui sont ici présents, aux docteurs Conqueret, Dubois et Laurent. Je voudrais voir exister entre tous les homœopathes de France, non seule-

ment des liens de bonne confraternité, mais une étroite solidarité. Dans deux pays voisins du nôtre, où l'homœopathie est assez prospère, on obtient ce résultat au moyen de réunions annuelles qui se tiennent tantôt dans une ville, tantôt dans une autre. A cette époque de l'année il ne serait pas facile, dans notre pays, d'opérer de semblables émigrations qui feraient le bonheur des agences de voyages autant que de nos confrères. Mais il peut y avoir d'autres moyens de resserrer les liens qui nous unissent, et la réunion du congrès international de 1900 sera une excellente occasion pour étudier la question. En attendant, que nos confrères des départements acceptent les vœux bien sincères que nous faisons pour leur prospérité.

Notre cher Président vient de faire aux homœopathes décorés une allusion très aimable, dont je le remercie. Malheureusement, la décoration n'est pas tombée, cette fois, sur le plus méritant d'entre nous. Je suis entouré de convives qui en sont beaucoup plus dignes, à commencer par notre vénérable doyen, le Dr P. Jousset ; aussi je m'associe de grand cœur à l'hommage que vient de lui rendre le Dr Love. J'espère que vous connaîtrez tous, mes chers confrères, la rougeole des boutonnières ; alors je serai le premier à m'en réjouir avec vous.

Le Dr Conan :

Messieurs,

Je porte un toast à notre maître Hahnemann et au développement parallèle de l'Homœopathie et de la sœur cadette l'Homopathie.

L'homopathie dont je respecte le nom puisqu'il vient d'Hahnemann lui-même, embrasse tous les termes

qu'on a employés depuis : l'Isopathie, l'Organothérapie, l'Opothérapie, la Sérothérapie. Quel que soit le nom, la méthode, encore en son enfance, a cependant cet immense avantage d'atirer à nous le corps médical tout entier.

Elle en a un plus grand, celui de pouvoir guérir, alors que nos médicaments habituels peuvent devenir insuffisants.

Laissez-moi vous citer un cas qui m'est personnel : on m'appelle auprès d'un jeune fille de douze ans ; elle était atteinte d'angine diphtéritique ; j'emploie la médication homœopathique qui me paraît la plus convenable ; le soir l'état s'aggrave, le lendemain de même ; j'ai recours enfin à la sérothérapie, me demandant avec angoisse si je n'ai pas trop tardé. Le jour suivant, la malade allait mieux. Je me jurai dès lors (je me suis tenu parole et je m'en suis bien trouvé) de toujours employer de bonne heure en pareil cas cette admirable médication que je n'hésite pas à combiner avec le traitement homœopathique, non plus que je n'hésite à donner à l'intérieur le sérum antidiphtéritique en dilution.

Cette découverte du Dr Roux, découverte admirable, je le répète à dessein, n'est pas seulement un hommage rendu à notre principe, mais elle est comme une orientation nouvelle de l'art médical, en ce sens qu'elle prend et fait mieux connaître les rapports qui existent entre la loi primordiale des semblables et la loi secondaire des contraires. Elle est un pont jeté entre le passé et l'avenir, entre l'Homœopathie et ce qu'on est convenu d'appeler l'Allopathie. Elle démontre que pour réaliser le contraire il faut nécessairement passer par le semblable.

Je bois donc, Messieurs, à la double santé du Similia,

l'analogue, l'Homœopathie, le *semblable*, proprement dit l'Homopathie.

Je bois surtout à leur auteur, certain d'avance que toutes les découvertes futures seront un hommage rendu au génie d'Hahnemann.

Le Dr G. Encausse :

Mes chers confrères.

Notre Président vous a fait part de sa joie et aussi de son étonnement de voir les pouvoirs publics nous rendre justice en désignant trois d'entre nous comme commissaires à l'Exposition de 1900. Ne pensez-vous pas qu'il faut se méfier, *à priori*, des sponstanéités qui nous sont aussi favorables? Voilà pourquoi je me permettrai de trahir un gros secret en vous apprenant que c'est sur la demande formelle d'un des plus humbles d'entre vous que cette spontanéité gouvernementable s'est si nettement manifestée.

Et puisque le souvenir d'Hahnemann, cet admirable réalisateur des doctrines vitalistes d'Hippocrate et de Paracelse, nous réunit tous aujourd'hui, laissez-moi vous faire une proposition que je crois utile. Pourquoi la Sociéte française d'homœopathie ne prendrait-elle pas l'initiative de créer un code de déontologie spécial, règlant nos rapports avec les allopathes?

Ce code serait envoyé à tous nos confrères allopathes et je pense que ce serait là une manifestation élevée de notre vitalité et, aussi, de notre bonne volonté.

Je bois, mes chers confrères, à notre union sous l'égide de notre grande doctrine vitaliste.

L'ŒUVRE DU TOMBEAU DE HAHNEMANN

15e *liste de souscription*

*Souscriptions de l'*Omiopatia in Italia, *envoyées par M. le Dr G. de Bonino, de Turin.)*

	Lires.	Francs.
Dott. Baldelli Torquado L.	10	
— Bonino Giuseppe	25	
— Bonino Pier Antonio	5	
— Bottino Crisanto.	25	
— Cigliano Tommaso.	10	
— Dematteis Silvio.	5	
— Fagiani Vencenzo	10	
— Gaiter Silvio.	5	
— Held Rodolfo	10	
— Ladelci Carlo	10	
— Liberali Vincenzo	10	
— Marangoni Luigi	5	
— Monti Alfonso.	10	
Farm. Omati Giuseppe	5	
Dott. Palumbo Giulio	5	
— Pessarini Bernardino.	5	
— Rabajoli Gius. Vitt	10	
— Scrivano Mario	5	
— Secondari Giuseppe.	10	
— Vanni Antonio	5	
Total. . .	185	185 »
Tronc de l'hôpital Hahnemann à Neuilly (4e versement)		10 »
M. le Dr B.-J. Clarke, de New-York .		26 75

(Souscriptions annoncées dans les journaux homœopathiques.)

(*Homœopathic World*, avril 1899.)

M. le Dr Van den Heuvel, Kimberley, South Africa, 2 livres 2 s..	54 50

(*Journal belge d'homœopathie*, février 1899.)

M. le Dr Coumont, Verviers	5 »
M. Martiny, pharmacien, Bruxelles . .	10 »

(*Allgem. hom. Zeitung*, 27 avril 1899.)

M. le Dr Endviss, Goppingen, 5 m. . . .	6 25
	297 50
Listes précédentes. . .	14.835 90
Total	15.133 40

Avis : La liste de souscription sera close au mois de juillet prochain.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

JUIN 1899

MÉDECINE PRATIQUE

QUELQUES MOTS SUR LA PESTE

La peste, si longtemps confinée en Asie, se rapproche de l'Europe ; elle a sévi sur les bords de la Caspienne et quelques cas viennent d'être signalés à Alexandrie. Il y a donc quelque intérêt à rappeler en peu de mots les grands traits de cette maladie.

Nous rappellerons ses formes, ses modes de propagation, la durée de l'incubation, ce que doivent être les quarantaines et, enfin, la sérumthérapie de cette maladie.

Les médecins s'accordent aujourd'hui pour reconnaître deux formes cliniques de la peste : la forme pneumonique et la forme bubonique. La première caractérisée par l'hépatisation du poumon, une mortalité considérable, une durée très courte, la mort arrivant habituellement le troisième ou le quatrième jour.

La seconde forme, la peste bubonique, est celle qui a servi principalement à tracer la marche de la maladie ; plus lente dans ses évolutions, elle est susceptible d'une guérison spontanée et est toujours caractérisée par l'apparition d'un bubon, dont le siège habituel est dans l'aine. Ce bubon est lui-même une violente inflammation des

ganglions lymphatiques qui peut se terminer par suppuration ou par gangrène.

Un mouvement fébrile intense, une céphalalgie atroce, un collapsus profond appartiennent aux deux formes de la peste et sont en rapport avec la gravité des cas particuliers.

La peste a pour caractères un bacille pathogène aux extrémités renflées en forme de massue ou de raquette, qui se colore facilement par les couleurs d'aniline, se décolore par le Gram et se cultive sur les milieux habituels. Ce bacille se rencontre dans la pulpe des bubons, dans la rate, dans les crachats des malades atteints de la forme pneumonique et dans le sang.

Comme toutes les maladies pestilentielles, la peste se contracte d'homme à homme et aussi par les marchandises et les vêtements venus d'un pays pestiféré. Nous trouvons dans l'histoire de la propagation de la peste, un élément tout à fait inattendu, c'est la propagation par les rats.

On observerait, paraît-il, quelque temps avant l'éclosion d'une épidémie de peste, une grande mortalité sur les rats. L'examen bactériologique a démontré que ces rongeurs étaient réellement atteints de la peste et étaient infectés par son bacille.

On aurait observé encore que l'invasion de certaines localités par la peste était précédée par l'invasion de rats malades fuyant un pays pestiféré.

Nous rapportons ces faits sous toute réserve ; une seule chose est certaine, c'est que le rat est susceptible d'avoir la peste comme l'homme. Quant à son rôle dans la transmission de la maladie, nous ne pouvons dire qu'une

chose, c'est qu'il n'est pas nécessaire, puisqu'on a observé nombre d'épidémies où la maladie s'est propagée par l'homme malade ou par les vêtements et les marchandises contaminées, et que, au onzième siècle, quand l'Angleterre a été dépeuplée par la peste, les rats étaient encore inconnus dans ce pays.

Durée d'incubation. — Les expériences sur les animaux et les observations cliniques démontrent que la durée d'incubation de la peste est fort courte ; elle varie entre 12 et 72 heures. (Dr Simond, *Annales de l'Institut Pasteur* 1898, p. 681.)

Certains faits semblent infirmer cette courte durée de l'incubation, et on rapporte des exemples de cas de peste qui se sont déclarés plusieurs semaines et même plusieurs mois après avoir quitté une localité pestiférée, témoin ces deux matelots qui furent pris de la peste en arrivant à Londres, six semaines après avoir quitté Bombay. Seulement il fut démontré que la peste se déclara chez ces deux hommes quelques jours seulement après s'être revêtus de vêtements de laine achetés à Bombay et qui jusque-là étaient restés enfermés dans leur malle. Une explication analogue peut presque toujours s'appliquer aux faits de peste survenant longtemps après avoir quitté un foyer infecté.

Ce que doivent être les quarantaines. — Nous basant sur les faits acquis en étiologie énoncés plus haut, nous disons qu'une quarantaine sera efficace quand, après une durée de huit jours, les voyageurs et leurs vêtements de toute sorte auront subi une désinfection sérieuse. Nous ajoutons que l'injection de sérum antipesteux à titre préventif assurera complètement l'efficacité de la désinfection.

Il est bien entendu que les rats seront considérés comme suspects et traités comme tels, c'est-à-dire anéantis.

Sérumthérapie de la peste. — La sérumthérapie de la peste a été inaugurée en 1895, mais seulement sur les animaux de laboratoire. C'est en 1896 que Yersin appliqua ce traitement à la peste humaine à Canton et à Hanoï, avec un succès relatif très grand. Le sérum à employer a été, comme celui de la diphtérie, fourni par un cheval immunisé par des injections successives de culture pure du bacille de la peste. Cette immunisation exige de grandes précautions parce que le cheval est très impressionnable au bacille de la peste. C'est le sang prélevé par une saignée trois semaines après la dernière inoculation de bacille de la peste qui fournit le sérum thérapeutique.

Ce sérum a une action vaccinante et thérapeutique, mais malheureusement l'immunité obtenue par l'action du sérum a une durée fort courte, douze à quatorze jours, trois semaines dit M. Simond, ce qui le rend inapplicable pour préserver les grandes agglomérations. La vaccination par la culture pure, plus lente à s'établir (7 jours) confère une immunité beaucoup plus longue, mais encore indéterminée. C'est donc un sujet encore à l'étude.

Appliqué au traitement de la maladie, le sérum de la peste est d'autant plus efficace, qu'il est appliqué plus près du début. Yersin a employé ce mode de traitement sur 26 malades et 2 seulement sont morts.

En 1898, à Nhatrang, dans l'Annam, Yersin a traité la peste par le sérum, mais dans d'assez mauvaises conditions, en ce sens qu'il était souvent consulté quelques heures seulement avant la mort. Sur 72 cas de peste, 39 ont été traités par les médecins indigènes et sont tous morts

sans exception. Sur 33 cas traités par Yersin, 19 ont guéri et 14 sont morts. La mortalité est donc réduite à 42 p. 100 chez les malades traités.

Un grand obstacle au traitement de la peste par la sérumthérapie dans l'Inde et dans la Chine provient des préjugés de ces peuples barbares qui se refusent obstinément aux soins apportés par les médecins européens. Néanmoins, les quelques expériences de Yersin, celles de Winokowitz et de Zabolotny sur l'homme et sur les singes inoculés démontrent, d'une manière incontestable, l'efficacité de la sérumthérapie dans la peste. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1899, p. 663.)

Dr P. JOUSSET

ECOLE FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE

LA GRIPPE.

Il faut distinguer deux formes très différentes de cette maladie :

1° La forme commune, caractérisée par le triple catarrhe nasal, trachéal et bronchique, compliqué d'une fièvre et d'une débilité hors de proportion avec les lésions locales, qui sont généralement bénignes ;

2° La forme épidémique ou influenza, qui débute par un mouvement fébrile avec troubles fonctionnels plus ou moins graves dans l'organe faible du malade, et dans laquelle les accidents propres à la grippe ne se développent que postérieurement et prennent facilement un caractère dangereux.

§ 1. *Forme commune.*

Au point de vue du traitement nous devons tenir compte des divers caractères que peut présenter le triple catarrhe dont nous venons de parler.

D'abord la maladie débute toujours par une fièvre plus ou moins forte contre laquelle l'agent le plus efficace est l'*Aconit.* Ce médicament est d'autant plus utile qu'il combat également le coryza au début. Donné dès les premières heures en teinture-mère ou à l'une des trois premières dilutions, à intervalles très rapprochés (au moins deux fois par heure) il peut couper net la maladie.

Ensuite il faut rechercher les particularités du coryza. Celui-ci peut être sec ou humide, accompagné ou non d'éternuements, de larmoiement; le mucus nasal peut être clair ou épais, corrosif, sanguinolent, etc. S'il est sec (c'est ce qui arrive généralement au début), il faut songer avant tout à *Nux vom.* et *Sticta pulmonaria.* Dans son excellent *Traité des maladies des organes de la respiration*, Chargé recommande beaucoup ce dernier médicament lorsqu'on observe les phénomènes suivants : Coryza avec sécheresse excessive du nez (dans sa pathogénésie il n'y a d'écoulement nulle part, ni par le nez ni par les bronches) ; sensation de tampon à la racine du nez ; état satisfaisant le matin, souffrances l'après-midi et le soir. La noix vomique ne convient pas seulement au coryza sec, elle convient aussi à celui qui est sec le soir et la nuit et humide dans la journée. J'ai eu cette forme il y a bien longtemps, alors que j'étais encore étudiant, et ce médicament m'a guéri dans les vingt-quatre heures. La noix vomique répond également au mal de tête, à la toux sèche, à l'inappétence et aux nausées, de sorte que c'est un médicament important de la grippe classique au début.

Dans la période sécrétante, il faut tenir compte des caractères de la sécrétion. Est-elle aqueuse, on choisira entre *Carbo veget.*, *Chamomilla*, *Pulsatilla* et *Sulfur*. Le premier devra être préféré lorsqu'il y a en même temps de l'enrouement et une grande faiblesse ; *Chamomilla* va aux tout jeunes enfants et aux personnes nerveuses et irritables ; *Pulsatilla* aux sujets patients, peu impressionnables ; il ne faut guère songer à *Sulfur* que lorsque la maladie date déjà de plusieurs jours et lorsqu'on a affaire à des herpétiques. Le mucus est-il épais, il faut songer à *Pulsatilla*, *Sulfur*, *Merc. solubilis* et *Bryonia*. La pulsatile convient lorsqu'il y a beaucoup d'éternuements et une toux nocturne continuelle, aggravée par la position horizontale. La bryone est le médicament classique des phlegmasies *a frigore* ; il faut la donner lorsque le coryza est compliqué de toux et de points de côté aggravés par les inspirations profondes. *Merc. solubilis* convient aussi aux phlegmasies en général, mais à un degré plus avancé que celui de la bryone et surtout lorsque les sécrétions sont abondantes, épaisses, verdâtres, puriformes, avec sueurs nocturnes.

Le mucus nasal peut être corrosif, alors il faut songer à *Arsenic.*, *Mer. sol.*, *Cepa*, *Gelsemium*. En général, le coryza, arrivé à ce point, est accompagné de larmoiement. Alors *Cepa* est très indiqué ; il faut le donner lorsque le mucus nasal est corrosif et que les larmes ne le sont pas. Si au contraire les larmes sont corrosives et non le mucus nasal, il faut préférer *Euphrasia*.

Le mucus peut être sanguinolent, alors il faut songer à *Chamom.*, *Phosphor.*, *Pulsatilla*. S'il y a de véritables épistaxis, je vous conseille l'aconit et la belladone.

On peut puiser aussi des indications dans les symptômes

concomitants. Ainsi, lorsque les éternuements prédominent, le meilleur remède est *Ammon. phosphoric.* Si l'on observe une douleur frontale aiguë, songer à *Bry.*, et *Nux. vom.*; une douleur sus-orbitaire, à *Sanguinaria* et *Sulfur.*

Le catarrhe laryngé est caractérisé surtout par l'enrouement, qui peut aller jusqu'à l'aphonie complète. Alors je vous recommande *Spongia*, qui m'a presque toujours réussi au début de la laryngite aiguë. En second lieu, *Bellad.*, *Phosphor.* et *Hepar sulf.* seront souvent indiqués. Les deux derniers surtout sont utiles dans la grippe, parce qu'ils agissent également sur le larynx et les bronches.

Le catarrhe bronchique est beaucoup plus important et réclame surtout les médicaments suivants : *Bryon.*, *Ipeca* (lorsque la toux est grasse, avec tendance au vomissement), *Kali bichromicum* (lorsque la toux est très fatigante et provoque avec peine l'expectoration de mucosités visqueuses qu'on peut étirer comme des fils), *Merc. sol.* (lorsque l'expectoration est épaisse, verdâtre et accompagnée de sueur, surtout la nuit), *Tart. emet.* (dans les cas graves, lorsque les petites bronches sont atteintes ou lorsqu'on craint une pneumonie).

Pour bien choisir le médicament il faut, dans le catarrhe bronchique comme dans le catarrhe nasal, entrer dans le détail des manifestations morbides et étudier les caractères de la toux, de l'expectoration, de la respiration, et les phénomènes concomitants.

La toux sèche diurne indique *Bellad.* et *Nux vom.*, la toux nocturne *Hyoscyamus*, la toux diurne et nocturne *Chamom.* et *Pulsat.* Lorsqu'elle est grasse, elle indique plusieurs médicaments dont je vous ai déjà parlé ; si elle prédomine la nuit, il faut songer à *Conium*, surtout chez

les scrofuleux. Lorsque l'expectoration est sanguinolente *Drosera* ou *Phosphor.* sont indiqués ; dans l'hémoptysie, *Aconit.*, *Bellad.*, *Ipeca.*

Les conditions dans lesquelles la toux se manifeste sont aussi la source d'utiles indications. Si elle est forte surtout après le repas, il faut donner *Nux vom.* ; si elle est provoquée par l'air du dehors et l'aspiration d'air froid, *Rumex* ; si au contraire on tousse davantage en rentrant à la maison, *Veratrum* et *Nitrum* ; si elle est provoquée par la moindre pression sur le cou, *Lachesis* et *Hydrastis*.

La dyspnée demande *Bellad.* lorsque la toux est sèche ; *Ipeca* et *Phosphor.* lorsqu'elle est grasse et plus encore lorsqu'elle est sanguinolente ; *Tart. emet.* lorsque la respiration est stertoreuse et que la dyspnée est causée par l'amas de mucosités qu'on n'a pas la force d'expectorer.

Parmi les symptômes concomitants le plus important est le vomissement. Si la toux provoque le vomissement de mucosités, il faut songer à *Drosera* tandis que *Bryon.*, *Ipeca*, *Nux vom.*, répondent à la toux accompagnée de vomissements d'aliments. Enfin il faut préférer *Kali bichrom.* lorsque la toux ne cesse qu'après un vomissement. Il y a encore un phénomène concomitant fort désagréable, c'est l'émission involontaire d'urine pendant la toux ; *Caustic.* et *Creosot.*, sont les médicaments qui le combattent le mieux.

En résumé, il résulte des indications de détail que je viens de vous donner que *Pulsat.*, *Nux vom.* et *Bryon.* sont les agents qui en couvrent le plus grand nombre. Aussi, dans la grippe simple, vous devez recourir le plus souvent à *Aconit* dès le début ; ensuite à *Bryon.*, *Nux vom.* ou *Pulsat.*, puis à *Ipeca* et *Merc. solub.* suivi d'*Hepar sulf.* lorsque la maladie sera arrivée à la période d'expecto-

ration ; enfin à *Tart. emet.* lorsque la maladie a dégénéré en bronchite grave. Vous aurez aussi à donner la belladone et le phosphore dans nombre de cas.

Souvent la grippe atteint surtout le cerveau ou le tube digestif et prend la forme cérébrale ou gastro-intestinale. La première forme, caractérisée par une céphalalgie intense, du délire, quelquefois du coma, réclame avant tout la belladone, suivie de *Stramon.*, *Hyoscyam.*, *Helleborus* et peut-être *Glonoïn.* Lorsque le malade est dans le coma, il faut donner *Opium.* La forme gastro-intestinale, caractérisée surtout par de la diarrhée, accompagnée souvent de vomissements, de flatuosités et toujours d'un état adynamique plus ou moins inquiétant, réclame d'abord le *Veratrum*, qui est indiqué dans presque tous les cas ; ensuite *Arsenic*, *China* et *Carbo veget.* (dans les cas où l'adynamie est le plus accentuée.)

§ 2. *Forme épidémique*

L'*influenza*, ou forme épidémique de la grippe, débute par un mouvement fébrile, souvent subit et très intense, généralement accompagné de courbatures très douloureuses dans tout le corps.

Ce mouvement fébrile dure de douze à vingt-quatre heures et il est souvent suivi d'une accalmie trompeuse. Ensuite la maladie se localise et sa localisation se porte toujours sur l'organe le plus faible de l'individu, réveille les prédispositions morbides, de sorte qu'elle peut revêtir toutes les formes imaginables et simuler toutes les maladies. L'organe qu'elle atteint le plus souvent est le poumon, et la pneumonie est, comme vous savez, une complication aussi grave que fréquente de la grippe.

Le mouvement fébrile initial demande habituellement

l'aconit, qu'il faut donner toutes les trois heures. Dans certaines épidémies caractérisées par une grande faiblesse et une sorte de périodicité des accidents, j'ai donné la préférence à l'arsenic. Lorsque la fièvre est accompagnée de fortes douleurs contusives dans les membres, les lombes et la nuque, *Eupatorium perfoliatum* est le médicament essentiel. Il m'a toujours réussi, et, comme ces douleurs se présentent dans la majorité des cas, on peut dire qu'*Eupator.* est le remède par excellence de l'influenza au début. Je vous signale aussi le *Rhus radicans*, sur lequel j'ai peu d'expérience personnelle, mais qui est beaucoup vanté par notre collègue, le D[r] Cartier.

Quand la période initiale est passée, il faut adapter le traitement à la forme dont le malade est atteint et, comme je vous l'ai dit, ces formes sont nombreuses. Voici les principales :

Forme fébrile avec douleurs sans bronchite. — Décrite par le D[r] Jousset père, elle se rapproche beaucoup des formes rhumatoïde et névralgique, et doit être traitée de la même façon. Si la fièvre est intense avec turgescence de la face et douleurs plutôt névralgiques que rhumatismales, il faut donner la belladone. Si les douleurs sont franchement rhumatoïdes, il faut donner *Rhus tox.* ou *Bryonia* ; le premier lorsque les nuits sont très agitées et les douleurs soulagées par le mouvement, le second lorsqu'au contraire le mouvement les exaspère.

La forme rhumatoïde est très fréquente, parce que l'arthritis est une des maladies constitutionnelles les plus répandues ; la névralgique se rencontre chez les gens nerveux et sanguins, elle est fréquente chez les femmes et occupe généralement la tête, la face ou les espaces

intercostaux. J'en ai triomphé à l'aide de *Bellad.*, *Pulsatil.* et *Ranunculus bulbosus*. Ce dernier médicament convient lorsque la douleur siège au côté gauche du thorax, à la région précordiale.

Forme catarrhale. — Les médicaments le plus souvent indiqués dans cette forme sont *Bryon.*, *Ipeca*, *Merc. solub.* et *Hepar*, qu'il faut donner en général dans l'ordre où nous venons de les énumérer.

Forme pneumonique. — C'est de beaucoup la plus meurtrière et elle est très fréquente.

La pneumonie grippale est caractérisée par ses allures envahissantes. Un jour on constate les bruits stéthoscopiques à la base du poumon droit, le lendemain on les entend à la partie moyenne, le surlendemain au côté gauche. Elle est presque toujours accompagnée de bronchite, de sorte que c'est, à proprement parler, une broncho-pneumonie. Il faut donner *Bryon.* au début, *Phosphor.* lorsque les crachats sont rouillés, *Tartar. emetic.* lorsqu'il y a en même temps bronchite, surtout aux petites bronches, avec respiration stertoreuse et amas de mucosités qu'on ne parvient pas à détacher, *Arsenic.* lorsque la prostration est très grande. Enfin, pendant la convalescence, lorsque la résolution tarde à se faire, *Antimonii sulfur. auratum* (soufre doré d'antimoine). J'ai employé plusieurs fois avec avantage ce médicament fortement recommandé par Chargé.

Forme pleurétique. — A peu près aussi grave que la précédente et dégénérant facilement en tuberculose. Il faut donner successivement *Bryon.*, *Sulfur* et *Cantharis* (ce dernier lorsque la fièvre est tombée).

Forme intermittente. — Elle est quelquefois pernicieuse et doit être traitée, comme la fièvre paludéenne, par le sulfate de quinine à des doses relativement fortes ; je vous recommande les trois premières triturations. Il y a des épidémies dans lesquelles ce médicament est souverain. Dans d'autres, l'arsenic est préférable. Du reste, il y a peu de cas de grippe épidémique dans lesquelles on ne soit pas obligé de donner l'arsenic à un moment ou à un autre.

Forme cholérique. — Elle doit être traitée par les médicaments que je vous ai indiqués dans notre dernière conférence, à propos du choléra, *Veratr.*, *Arsen.*, *Merc. sol.* et *China*.

Forme syncopale. — J'en ai observé plusieurs cas en 1898. Je me rappelle une de mes clientes, personne très robuste et peu impressionnable, qui, au cours d'une grippe, a perdu connaissance au moment où elle se mettait au piano et s'est contusionné le front contre cet instrument.

Il faut commencer par *Aconit* T M, car il y a une forme d'empoisonnement par cette renonculacée, qui est caractérisée par une succession de syncopes qui entraînent facilement la mort. Si l'on ne réussit avec ce médicament, il faut donner l'arsenic.

Forme comateuse. — Je ne l'ai observée que chez des enfants en bas âge et, au premier abord, je me suis demandé si je n'avais pas affaire à des méningites. Les malades ont été rapidement guéris par *Opium* 6, toutes les trois heures.

Forme albuminurique. — J'en ai vu un cas typique pen-

dant la grande épidémie de 1889-1890 ; le malade, capitaine de frégate en retraite, avait de l'anasarque et son état paraissait dangereux, cependant il a facilement guéri. Il faut donner en pareil cas *Apis*, *Arsenic*, *Cantharis* : le premier quand l'anasarque prédomine, le deuxième lorsqu'il y a une grande prostration, le troisième lorsque la congestion des reins se traduit par des accidents urinaires (ténesme, hématurie, anurie, etc.).

La *forme bilieuse* demande le phosphore et *Lachesis*.

Forme otalgique. — Le Dr M. Jousset l'a observée chez des enfants : les premiers médicaments à donner sont *Bellad.* et *Chamomill.*

Le Dr M. Jousset a encore observé chez des enfants, un syndrome assez particulier, consistant en vertiges avec nausées et vomissements ; il y a remédié à l'aide de *Tabacum* et *Digitalis*.

Il y a encore deux symptômes sur lesquels je dois attirer votre attention, le froid et la cyanose. J'ai vu, en 1890, un homme qui, dans le cours de l'influenza, a souffert d'un froid glacial dans le dos. *Camphora*, à dose pondérable, l'a réchauffé.

J'ai vu aussi une jeune fille qui a eu pendant plusieurs jours la face cyanosée, cependant il n'y avait pas de lésions au cœur ; elle a eu assez de peine à guérir. Les meilleurs médicaments à donner en pareil cas sont : *Acid. hydrocyanic.*, *Digital.*, *Carbo. veget...*

En passant en revue les diverses formes de l'influenza, nous avons examiné ses principales complications. En voici encore une qui a été souvent observée à Londres, c'est la parotidite. Je vous conseille contre elle *Merc. sol.* et *Conium*.

Les complications cutanées, se manifestant sous la forme d'éruptions diverses, sont assez fréquentes. Ces éruptions sont souvent sudorales, alors *Merc. sol.* les fait passer assez vite; sinon il faut songer à plusieurs des médicaments que nous venons d'énumérer et dont beaucoup agissent puissamment sur la peau, principalement *Arsenic.*, *Bryon.*, *Rhus*, enfin *Dulcamara*, lorsque les phénomènes sont aggravés par le temps humide.

Enfin la convalescence de l'influenza est souvent troublée par une toux plus ou moins rebelle. La *Gazette des Hôpitaux* vient de donner (1) contre cette toux grippale coqueluchoïde deux formules contenant plusieurs médicaments dont l'homœopathicité est évidente. La première, due au Dr Säuger, est un mélange à parties égales d'extrait fluide d'*Hydrastis canadensis* et d'ergot de seigle. La seconde est due au Dr Capitan; nous la copions textuellement :

Teinture de drosera . . . . }	ãã 2 grammes.
— de grindelia. . . . . }	
Alcoolature de racines d'aconit . . .	1 —
Bromoforme	LX gouttes.
Glycérine pure	2 cc.

Il y a là-dedans deux végétaux qui n'ont jamais été étudiés que par les homœopathes. Cependant nous ne les employons guère dans le cas présent, parce que nous possédons beaucoup d'autres agents tout aussi appropriés, sinon davantage. Mais il n'en est pas moins vrai que nos confrères, en les introduisant dans leurs formules, combattent la toux coqueluchoïde par des substances qui la

(1) 10 janvier 1899.

font naître chez l'homme sain. Nous les prenons donc en flagrant délit d'homœopathie ; les fragments pathogéniques suivants, tirés de l'*Encyclopédie* d'Allen, vont nous le démontrer péremptoirement.

Hydrastis.

Expérimenté pour la première fois, avant 1866, par Nichols et Burt, élèves d'Hale, professeur au Collège homœopathique de Chicago ; expérimenté en 1867 ou 1868 par des élèves de Lippe, professeur au Collège homœopathique de New-York.

Voici une partie de ses effets sur les voies respiratoires : Toux sèche, pénible, par chatouillement dans le larynx, jour et nuit. — Toux causée par la pression sur la trachée. — Toux catarrhale, chronique, avec accès fébriles le soir et la nuit. — Besoin continuel de faire de profondes inspirations. — Crachats épais, jaunâtres, collants. — Prostration concomitante. — Toux des vieillards. — Endolorissement, sécheresse, brûlement du pharynx, du larynx et de la poitrine.

Grindelia.

Expérimentations faites par Bundy et Hale, publiées dans deux journaux homœopathiques, le *North American Journal of homœopathy*, tome 25, et le *New-England medical Gazette*.

Toux réflexe : Forte toux avec expectoration purulente, dyspnée, matité de tout le poumon et quelquefois induration à la base. — Mucus collant, difficile à détacher. — Bronchite chronique et toux avec expectoration muco-purulente, consécutive à la pneumonie.

ETIOLOGIE

DU ROLE DES MICROBES PATHOGÈNES EN ÉTIOLOGIE

Quand, en pathologie, une erreur est profondément entrée dans les esprits, des répétitions deviennent nécessaires; aussi, nous croyons utile d'exposer à nouveau ce que nous avons déjà dit plusieurs fois sur le rôle vrai des microbes pathogènes dans la production des maladies. Aujourd'hui, l'étiologie générale se résume pour la généralité des médecins dans ces deux mots: *infection* et *intoxication*. Toute maladie vient de l'extérieur, d'un microbe pathogène qui pénètre par effraction dans l'organisme: *infection*. Ce microbe secrète une toxine, et si cette toxine vient à triompher de la résistance vitale, la maladie s'établit: *intoxication*. Et, si des faits cliniques viennent par la traverse contredire cette théorie par trop simple, les disciples de la nouvelle étiologie ébauchent quelques explications plus ou moins spécieuses et le courant de l'opinion n'est nullement changé. Comme nous sommes persuadés que la vérité prime l'erreur et finit par en triompher, et que nous croyons à la bonne foi et à l'intelligence de nos confrères, nous allons rééditer une démonstration que nous avons déjà faite plusieurs fois, en lui donnant une forme nouvelle et plus propre à faire pénétrer la conviction dans les esprits.

Et d'abord, nous reconnaissons le rôle du microbe pathogène et nous ne voulons diminuer en rien l'extrême importance des travaux de la bactériologie. Nous ajoutons

que c'est précisément sur les résultats des travaux du laboratoire que nous voulons édifier notre doctrine étiologique.

Nous diviserons notre sujet en deux paragraphes :

Le microbe est-il la *cause* de la maladie, ou n'est il qu'une circonstance nécessaire à son développement et un instrument de sa transmission?

I. — *Le microbe est-il la cause de la maladie?*

Et d'abord qu'est-ce qu'une cause? Sans vouloir entrer ici dans des définitions d'une philosophie transcendante, nous nous contenterons du sens vulgaire, « la cause est ce qui fait qu'une chose est ». Par conséquent, la cause d'une maladie sera ce qui fait que la maladie existe. Appliquons cette notion de la cause au rôle du microbe dans la production des maladies.

Il est incontestable qu'une maladie (et dans ce paragraphe il n'est question que des maladies infectieuses) ne peut pas exister sans un microbe pathogène. Peut-on conclure de là que le microbe pathogène est la cause de la maladie? Non, car si la maladie ne peut pas exister sans le microbe, le microbe peut exister et existe souvent sans que la maladie soit; il ne rentre donc pas dans la définition de la cause. Mais de plus, il existe deux ordres de faits en contradiction avec ce premier principe : il n'y a point de maladie infectieuse sans un microbe pathogène.

Quels sont ces deux ordres de faits? C'est d'abord, que plusieurs microbes différents peuvent produire la même maladie, c'est ensuite que des microbes pathogènes parfaitement définis habitent notre économie sans jamais produire la maladie qui leur correspond et vivent ainsi à l'état de saprophytes.

Il est utile de développer ces deux points de la question et d'établir sur des faits cliniques et sur des recherches bactériologiques le bien fondé des propositions dans lesquelles nous les avons résumés.

1° *Une même maladie peut être produite par des microbes différents.* — Nous prendrons successivement pour exemple la pneumonie, la méningite, la gastro-entérite des enfants et le choléra.

a) *Pneumonie.* — Si la pneumonie est presque toujours produite par le pneumocoque encapsulé, des faits nombreux démontrent que cette même maladie peut être produite également par le streptocoque, par le bacillum coli, et même par le bacille de Lœffler, comme j'en ai rapporté une observation incontestable. J'ajoute que les symptômes, les lésions, la marche, la terminaison de la pneumonie lobaire ne diffèrent point avec les microbes qui sont les instruments de sa production.

b) *Méningite.* — En mettant à part la méningite tuberculeuse due au bacille de Koch, nous trouvons comme instrument du développement des autres méningites le plus habituellement une variété du pneumocoque qu'on a appelé *méningocoque*, et en plus le *bacillum coli*, et encore le *staphylococcus aureus* signalé dans une observation que nous venons de lire dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux.*

c) *Gastro-entérite.* — Sans doute le bacillum coli est l'instrument le plus habituel des infections gastro-intestinales des jeunes enfants, mais il n'est pas le seul et Bajinski en a décrit 15 espèces dans le choléra infantile, parmi lesquelles nous notons le streptocoque, le proteus, le bacille pyocyanique, le bacillus mesentericus, etc., etc.

Est-il possible de considérer l'un de ces bacilles ou

même leur association comme la cause de la gastro-entérite? On ne le peut rigoureusement. En effet, tous ces bacilles existent à l'état de saprophytes chez les sujets en santé. Ils sont donc compatibles avec l'absence de maladie. Maintenant, ni l'inoculation aux animaux, ni l'épreuve de l'agglutination ne peuvent arriver à déterminer celui de ces bacilles qui joue le rôle de cause. « L'agglutination ne permet pas de caractériser une race de coli-bacilles particulière aux affections gastro-intestinales aiguës chez les jeunes enfants ». (Nobécourt. *Semaine médicale* du 17 mai 1899, p. 472.)

Les *associations* de bacilles ne jouent pas un rôle plus défini. D'abord elles existent comme saprophytes. Inoculées, elles produisent des effets tout à fait inattendus. Une association de coli-bacilles et de streptocoques produit une *coli-bacillose* chez le cobaye et une *streptococcie* chez le lapin. C'est donc l'organisme et non le bacille qui fait la maladie. Tantôt les associations microbiennes isolées de selles normales sont très virulentes, tandis que les mêmes associations isolées de selles pathologiques restent inactives. Concluons donc avec M. Nobécourt « que les coli-bacilles doivent être pour quelque chose dans la pathogénie des affections gastro-intestinales des jeunes enfants, mais que rien ne le démontre d'une façon préremptoire. » (*Loc. cit.*).

d) *Choléra.* — Koch a découvert dans les selles des cholériques un spirille en forme de virgule qu'il considère comme le microbe pathogène du choléra. Mais des recherches nombreuses entreprises depuis cette découverte ont démontré qu'il existait un grand nombre de vibrions capables de produire le choléra chez les animaux et cependant tellement différents les uns des autres, tant par leur

morphologie que par leur réaction chimique, qu'il est difficile de les considérer comme la même espèce. Les principaux vibrions du choléra sont : ceux de Massoa, de Hambourg, de Courbevoie, de Rome, d'Angers, de Lisbonne, etc. Ajoutons que Rumpel et Metchnikoff ont trouvé le véritable vibrion cholérique dans les selles d'hommes bien portants et dans les eaux de boisson en dehors des temps d'épidémie. Ce qui prouve que les vibrions cholériques peuvent devenir saprophytes, puis reprendre leur action pathogène dans des circonstances encore mal déterminées.

2° Notre seconde proposition se formule ainsi : *Les microbes pathogènes les plus incontestés habitent notre organisme à l'état de saprophytes.*

Il y a une phrase consacrée pour désigner ces microbes : en bactériologie on les dénomme les hôtes habituels et inoffensifs de l'économie.

Il est inutile aujourd'hui d'insister longuement sur ce point et de citer le bacillum coli, le pneumocoque, toutes les variétés de streptocoque et de staphylocoque, le vibrion du choléra, le bacille d'Eberth, même le bacille de la tuberculose, etc., qui se rencontrent à l'état de saprophytes dans nos cavités.

S'il est incontestable que des organismes vivants peuvent porter pendant un temps indéterminé la plupart des microbes pathogènes, comment accepter que ces microbes sont véritablement cause de la maladie, et répondent définitivement à la définition que nous avons donnée de la cause. « La cause est ce qui fait qu'une chose est », puisque le microbe existe et que la maladie n'existe pas.

II. — *Le microbe cause instrumentale.*

Mais si le microbe n'est pas la cause vraie, la cause prochaine, comme disent les anciens, de la maladie, il est l'instrument qui va servir à l'évolution de la maladie sous la direction de la disposition de l'organisme et avec le concours des causes accessoires. Un exemple fera comprendre l'enchaînement et la hiérarchie de ces facteurs.

Le bacille de Koch existe à l'état latent chez un homme bien portant, mais ayant hérité de la disposition à la phtisie. A l'âge où ses parents sont tombés malades, la disposition de l'organisme sera mûre pour la tuberculose, mais presque toujours un troisième facteur sera nécessaire pour que la maladie commence son évolution. Que l'alcoolisme, la misère interviennent, que le sujet soit atteint d'une de ces maladies que les cliniciens ont reconnu comme une circonstance favorable à la tuberculose : rougeole, grippe, diabète, aussitôt le processus morbide commence et suit sa marche. Ici, le bacille de Koch a été nécessaire, mais il avait été longtemps à l'état latent, et il y serait toujours resté sans les conditions de terrain et de culture qui lui ont permis de se développer.

Quelle conclusion pratique tirerons-nous de cette exposition ?

C'est que si l'existence d'un microbe pathogène est un élément nécessaire de la pathogénie des maladies infectieuses, ce facteur est incapable de produire à lui seul la maladie. Deux choses sont encore nécessaires pour l'étiologie. Un ensemble de circonstances désignées sous le nom de causes occasionnelles, et surtout un *terrain* qui permette au microbe de vivre et de se développer.

Si on va au fond des choses, ce terrain n'est autre chose

que l'organisme lui-même ; organisme qui, chez les individus immunisés, annihile complètement l'action microbienne, et chez les prédisposés reste maître du mouvement pathologique, constitue les *formes* d'où naissent la gravité ou la bénignité de la maladie, en sorte que, dans la même épidémie, les uns restent indemnes, les autres sont plus ou moins malades, guérissent ou meurent suivant que la prédisposition est plus grande ou plus faible.

Le même fait se répète dans nos laboratoires, où l'inoculation d'une culture pure à une même espèce animale et proportionnelle au poids de chaque individu reste stérile, rend malade ou tue suivant la prédisposition individuelle.

La disposition de l'organisme est donc la cause vraie des maladies. Dans les maladies infectieuses, le microbe pathogène est l'instrument nécessaire, et n'oublions pas, si nous voulons être complets, que les causes occasionnelles ont aussi une grande importance. Que de fois une indigestion a été cause du choléra. Combien éviteraient la tuberculose s'ils ne tombaient dans l'alcoolisme, et enfin, l'usage de boissons de bonne qualité et l'absence de surmenage sont des conditions excellentes pour éviter la fièvre typhoïde en temps d'épidémie.

La conclusion thérapeutique qui s'impose, c'est qu'il est absurde d'essayer de tuer le microbe qui pullule dans l'organisme d'un malade, et qu'il est puéril de combattre l'infection par un antiseptique quelconque. Nous l'avons vu, c'est l'organisme qui meut et gouverne la maladie, c'est donc à lui que le médecin doit s'adresser. L'enseignement d'Hippocrate est toujours vrai : le *médecin doit aider la nature*, il doit interpréter ses mouvements et les diriger, parce que c'est elle seule qui guérit, *naturae medicatrix*.

Eh ! bien, la doctrine thérapeutique, que j'ai si souvent exposée, nous enseigne que le médicament doit être régi par la loi de similitude, qu'il s'agisse d'un sérum ou d'un médicament pharmaceutique.

Dr P. Jousset.

REVUE CRITIQUE

Congrès pour la lutte contre la tuberculose tenu a Berlin du 24 au 27 mai 1899.

Les Congrès sur la tuberculose se suivent et malheureusement se ressemblent trop. Ce sont toujours les mêmes rengaines sur la contagion par les crachats, la cohabitation, la viande des bovidés, le lait et le beurre. Qu'est-ce que tout cela ? Des mots, des mots, des mots, comme disait Hamlet, mais pas un travail véritable, pas une démonstration sérieuse.

Ferons-nous une exception pour ce qui concerne la thérapeutique de la tuberculose et les sanatoria.

Pour la thérapeutique, le Congrès a achevé de démontrer l'inanité des prétendus spécifiques. Le rapporteur, M. Kober (de Rostock), conclut en reconnaissant que nous ne possédons pas un véritable spécifique de la tuberculose pulmonaire. La sérumthérapie, y compris les deux tuberculines de Koch, est frappée de la même condamnation et M. Briéger, de Berlin, estime qu'on ne saurait en aucune façon leur reconnaître une action spécifique.

Reste la climatothérapie, qui a fait l'objet d'un rapport spécial de la part de Sir Hermanon Weber (de Londres).

Ici nous devons constater un recul au lieu d'un progrès. Il y a évidemment parmi les médecins qui ont siégé au Congrès de Berlin un parti pris de dénigrer les sanatoria d'altitude aux dépens des sanatoria de plaine. Il est évident qu'un nombre considérable de confrères qui travaillent loin des montagnes s'inspirent de leur intérêt propre pour retenir les pthisiques dans les plaines. Il faut avoir une audace considérable pour venir nous parler aujourd'hui des stations climatérique de La Riviera, de Pau, de Luygano, et même de la Forêt Noire. Sans doute l'aération continue, le repos méthodique, la nourriture savamment réglée peuvent quelque chose sur la marche de la tuberculose pulmonaire et sont préférables pour les phtisiques aux habitations surchauffées dans lesquelles ils décomposaient rapidement. Mais à quel praticien ces médecins défenseurs du climat des plaines feront-ils oublier l'action véritablement reconstituante des hautes altitudes et des grands froids. C'est une vérité désormais acquise que l'habitation à 1.500 mètres d'altitude et au-delà augmente dans une grande proportion, et pour un temps durable, les fonctions de l'hématose. Les malades dont l'organisme est encore susceptible d'être relevé trouveront donc dans les altitudes des conditions de guérison qu'ils chercheraient vainement sur les bords fleuris de la Méditerranée. C'est là une vérité désormais acquise et à laquelle il ne faut plus toucher.

Maintenant jetons un regard sur les différentes questions traitées dans le Congrès et nous n'y retrouverons que des redites. Ainsi c'est la tuberculose des animaux domestiques

dans ses rapports avec la propagation des maladies chez l'homme. Le lait est principalement incriminé, et on reconnaît enfin que la viande des bovidés ne constitue pas un danger sérieux. M. Obermuller n'a rien appris ni rien oublié, et parce que les inoculations pratiquées chez les cobayes avec du lait ou du beurre contenant des bacilles ont été positives, il en conclut (comme on a conclu dans les précédents Congrès) que les vaches sont une des principales sources de l'infection tuberculeuse.

Rappelons à ce savant de Berlin que c'est une erreur de mettre sur la même ligne l'inoculation aux cobayes et l'ingestion chez l'homme ; que pour démontrer la transmission par le lait il faut deux choses : constater la présence de bacille dans le lait et l'invasion de la tuberculose par l'intestin et le mésentère. Or nous attendons encore une observation clinique remplissant ces deux conditions. M. Kirchner, de Berlin, nous parle des dangers de la contagion dans le mariage et il démontre aisément que la condition conjugale est de toutes la plus favorable à la transmission de la maladie. Mais il ne produit ni un fait ni une statistique pour étayer son opinion. Nous pouvons donc, appuyés sur les 135 observations que nous avons publiées, lui dire que la transmission que l'on observe le plus rarement est celle qui peut se faire par le mariage.

Nous trouvons inutile de nous arrêter sur ces mesures rabachées dans tous les Congrès, du crachoir hygiénique qui brille ici comme toujours au premier rang, de la ouate et des masques en tarlatane qui ne protègent rien, comme nous avons pu le voir dans les expériences de M. Cornet, pour sauvegarder contre le bacille les médecins

et les infirmiers exposés dans les salles d'hôpitaux. Nous ne rééditerons pas, nous n'osons dire les dadas si chers à M. Landouzy, de Paris, sur les variolisés, les hommes de haute taille et les personnes favorisées d'une chevelure vénitienne. Ce sont des opinions pour lesquelles il n'y a même pas un commencement de preuve expérimentale.

Terminons par une communication de M. Courmont, de Lyon. Il s'agit de deux cas de tuberculose humaine cliniquement et anatomo-pathologiquement étudiés *sans bacilles de Koch*. C'est là un fait extrêmement important en pathologie générale et qui ôte au bacille de Koch sa spécificité. Ces cas, dit M. Courmont, sont extrêmement rares ; la tuberculose est due à un strepto-bacille qui pousse rapidement et qui ne se colore ni par l'Erlich ni par le Gram.

Prophylaxie. — MM. Becher et Lennchoff ont formulé quelques règles peu pratiques pour les ouvriers. Ils leur conseillent de passer la plus grande partie de leur journée hors de leur maison, de se promener dans les rues, de s'asseoir sur les bancs des jardins et des promenades publiques. Il n'en aurait pas coûté davantage à ces auteurs de souhaiter pour les ouvriers de bonnes viandes rôties arrosées d'excellent vin de Bordeaux, suivies de promenades en voitures découvertes dans les bois et les forêts.

La prophylaxie de la tuberculose, au point de vue de la substance alimentaire, quoique formulée par Bischoff, ne contient guère que des banalités sur les viandes et le lait tuberculeux, et semble ignorer les critiques de Strauss sur le même sujet.

Thérapeutique. — Cette partie du Congrès ne contient rien de nouveau; nous y retrouvons les mêmes notions déjà signalées un peu partout de la curabilité possible de la tuberculose pulmonaire, principalement par les moyens hygiéniques. L'hydrothérapie est signalée avec raison par M. Vinternitz comme un puissant reconstituant dans la lutte contre la tuberculose. M. Kobert, rapporteur des traitements médicamenteux, affirme que nous ne possédons pas encore de médicaments réellement spécifiques de la tuberculose pulmonaire. Nous ne croyons pas, sans rien affirmer cependant, que les injections sous-cutanées de vaseline, à la dose de dix grammes, répétées trois fois par jour, préconisées par Weber, tiennent toutes les promesses que nous a faites ce médecin.

Nous citerons pour mémoire les nouvelles affirmations sur l'efficacité des injections de la tuberculine dans la tuberculose. C'est pour nous une question jugée depuis longtemps.

M. Von Schweinitz,de Washington,aurait immunisé des chevaux, des bœufs, des ânes, etc., et le sérum de ces animaux ainsi immunisés serait doué d'une action curative dans la tuberculose. Nous savons trop combien il est difficile d'immuniser des animaux et en particulier des bovidés contre la tuberculose, pour accepter purement et simplement de semblables affirmations. Et, en résumé, ce moyen aurait donné 19 p. 100 de guérisons dans le sanatorium de Liberty dans l'Etat de New-York. Or, dans beaucoup de sanatoria, sans aucun traitement, on obtient des résultats encore plus favorables.

Pour le traitement climatérique de la tuberculose, les opinions les plus opposées se sont fait jour, au sein du Congrès : les uns étant pour la plaine, les autres pour les

montagnes; d'autres, enfin, conseillant le bord de la mer dans le traitement de la phtisie.

Une partie notable des séances du Congrès a été consacrée à la question de la fondation des sanatoria, des règles hygiéniques qui doivent présider à leur organisation, des moyens d'assurer des ressources pécuniaires à ces établissements. Nous avons vu avec plaisir qu'on s'est occupé de la fondation de sanatoria pour les scrofuleux, tant au bord de la mer qu'auprès des sources salines comme Kreusnach.

Dr P. Jousset

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

I. Tubercules des voies lacrymales. — II. Plaie de poitrine par balle de revolver, épanchement pleural très considérable. Guérison. — III. La myopie scolaire a Liège. — IV. Le paludisme en Puisaye. — V. Traitement des kystes hydatiques — VI. Injections rectales de liqueur de Fowler diluée et de cacodylate de sodium.

I

M. Chauvel. — A la suite d'injections de culture diluée de bacille de Koch dans le sac lacrymal. M. Valude avait conclu que les voies lacrymales ne sont pas tuberculisables et que les larmes jouissent d'un pouvoir bactéricide sur le

bacille de Koch. M. Gourtein est arrivé à des résultats inverses en se servant de particules solides de culture très virulente et il a établi nettement par l'expérimentation que les voies lacrymales sont tuberculisables et que les larmes ne sont pas bactéricides pour le bacille de Koch.

II

M. Lucas-Championnière aborde le traitement des plaies de poitrine à propos d'un malade qu'il présente à l'Académie, après guérison d'une plaie pénétrante accompagnée de symptômes généraux graves et d'épanchement pleural très abondant. Il insiste surtout sur les dangers de toute exploration intempestive et de toute tentative d'intervention directe. L'épanchement une fois fait peut et doit se résorber dans la grande majorité des cas. L'intervention du chirurgien court grand risque de déterminer des accidents mortels et elle a peu de chance d'être utile. De son expérience propre et de quelques faits publics il conclut :

Les plaies pleuro-pulmonaires mettent la vie en danger par l'hémorrhagie immédiate et par un ébranlement nerveux très particulier.

La mort rapide presque foudroyante peut résulter de ces accidents si le mouvement les exagère.

Au contraire, l'immobilité du corps, du larynx, de la bouche même contribue à arrêter rapidement ces accidents.

Les accidents secondaires et infectieux des plaies de poitrine sont relativement rares toutes les fois qu'on ne les a pas infectés par les doigts, les instruments ou les liquides injectés.

L'abstention systématique et sans transaction est donc le véritable traitement des plaies de poitrine.

Les injections de sérum peuvent donner un précieux appoint à ce traitement. Les injections de morphine peuvent jouer un rôle capital dans le traitement.

Ces règles sont applicables à tous les traumatismes du thorax, à toutes les plaies de poitrine.

Elles méritent d'être rappelées à tous les médecins qui assistent à des duels. La terminaison fatale, déjà rare après ces rencontres, deviendrait certainement plus rare encore si elles étaient fidèlement observées.

III

M. Javal analyse un mémoire de M. Romiée qui a constaté à Liège, depuis 1881, une diminution très notable de la myopie scolaire, diminution facilement explicable par l'amélioration de l'éclairage public et privé. L'auteur a tort de nier l'influence des mauvaises méthodes d'écriture et des mauvaises attitudes sur le développement de la myopie.

IV

M. Laveran analyse un mémoire de M. Roché qui signale la disparition du paludisme en Puisaye depuis 1884, bien qu'on n'ait pas fait le drainage des eaux ni desséché d'étangs. L'augmentation du bien-être, et la culture plus intensive ont dû y être pour quelque chose. Il est regrettable qu'on ne puisse savoir si la disparition de la maladie coïncide avec celle d'une variété de moustiques.

V

M. Dieulafoy relate l'observation de 2 kystes hydatiques traités l'un par la laparotomie, et l'autre par la ponction

simple et tous deux parfaitement guéris. Il cite ensuite d'assez nombreuses observations de kystes hydatiques guéris d'une manière durable et sans incidents par la ponction simple. Puis, discutant les observations où la ponction a été mortelle, il montre que dans tous ces cas il n'a été fait que des ponctions incomplètes, ou même de simples ponctions exploratrices. Finalement il conclut :

1° La laparatomie avec incision et ablation du kyste doit être réservée pour les kystes anciens, très volumineux, susceptibles d'adhérences, surtout si des symptômes douloureux et fébriles font redouter l'infection du kyste.

2° La ponction aspiratrice aseptique pratiquée avec l'aiguille n° 2 me paraît applicable dans la moitié des cas environ. Elle a son indication quand le kyste hydatique n'est ni trop ancien ni trop volumineux, et quand des symptômes douloureux et fébriles ne font pas redouter l'infection du kyste. On obtient en quelques minutes au moyen d'une piqûre insignifiante la guérison *durable* du kyste hydatique.

3° Quand on pratique la ponction aspiratoire, le liquide kystique doit être évacué en totalité, dans la mesure du possible. Il faut éviter les ponctions partielles et les ponctions exploratrices, qui peuvent être la cause d'accidents mortels.

VI

M. Renaut, de Lyon, emploie les injections rectales de liqueur de Fowler diluée de préférence à tout autre mode d'administration de l'arsenic. Depuis un an, le cacodylate de sodium, très riche en arsenic, puisqu'il en contient 46,87 p. 100, lui a donné soit en injections sous cutanées,

soit en lavements, des résultats très encourageants. Le cacodylate a sur l'arsenic l'avantage d'être très soluble, très stable, peu douloureux en injection et pas du tout irritant pour la muqueuse rectale.

Les petits accidents de l'arsenic, tels que bouffées congestives, rougeur de la conjonctive, épistaxis et irritation palpébrale, n'apparaissent que chez ceux dont le coefficient d'oxydation est au-dessous de la normale. Il n'en est pas de même dans les dyscrasies consomptives, lorsque les oxydations interstitielles sont très accrues. L'arsenic est un médicament d'épargne, qui enraye la déminéralisation et l'amaigrissement. Il calme les neurasthéniques excitables, agit sur les chorées chroniques, et aide considérablement l'action du bromure chez les épileptiques. L'orateur cite de nombreuses observations de *tuberculose*, de *diabète*, de goître exophthalmique et de leucémie splénique, où le cacodylate de sodium lui a donné d'excellents résultats, soit en injections rectales, soit en injections sous-cutanées.

D[r] HUMEAU

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Rétrécissement mitral et arrêt de développement. — II. Présentation d'un malade guéri de surdi-mutité hystérique. — III. Méningite cérébro-spinale suppurée due au staphyloccocus pyogenes aureus. — IV. Un cas de cyanose avec rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire et perforation interventriculaire, sans bruit anormal a l'auscultation du cœur. — V. Névrite toxique du pneumogastrique au cours d'une entéro-colite aigue. — VI. Hypotension artérielle dans la maladie de Parkinson. — VII. Sialorrhée post-grippale (iodure de potassium). — VIII. Pneumonie du sommet compliquée, au huitième jour, de méningite cérébro-spinale. Guérison. — IX. Ectopie du côlon transverse simulant un abcès gazeux sous-phrénique.

I

(*Séance du* 28 *avril.*) — M. Delpeuch présente à la Société des pièces anatomiques d'une malade qui vient de mourir asystolique dans son service.

C'était une grande fille de 25 ans, qui, malgré sa taille, paraissait très jeune; c'était un de ces exemples de cardiopathie coïncidant avec des arrêts de développement. Sa mère est morte phthisique ; elle a toujours été maladive : adénite cervicale suppurée à l'âge de 3 ans; à 14 ans, premier érysipèle de la face suivi de sept récidives; à 15 ans, variole; à 16 ans, rhumatisme articulaire. Son affection cardiaque était certainement antérieure au rhumatisme, car elle avait des palpitations et des suffocations plusieurs années avant.

Elle était entrée dans le service en janvier 1898 pour un état asystolique (battements irréguliers à la pointe, tantôt souffle prolongé au premier temps et à la pointe, tantôt un dédoublement du second bruit; œdème des membres inférieurs, congestion passive du poumon et du foie); le lait et la digitale la remirent assez vite, mais après des rechutes successives soignées dans divers services, elle revint mourir avec une anasarque et une ascite considérable.

Cette fille présentait divers caractère d'infantilisme, étudiés avec le plus grand soin par M. Delpeuch : corps mince et grêle, système pileux très peu développé, région mammaire à peine indiquée; enfin, à 25 ans, les règles n'ont pas encore paru. Du reste, l'utérus est très petit, l'ovaire ne présentait aucune cicatrice d'ovulation. Comparativement l'état du squelette paraît arrivé à son développement complet; ainsi l'extrémité interne de la clavicule qui ne se soude au cours de l'os que de 20 à 25 ans, y est complètement soudé. Cet état du squelette est en rapport avec le corps thyroïde, qui paraît normal.

Du côté du cœur, lésions d'endocardite ancienne surtout au cœur gauche et spécialement à l'oreillette. Rétrécissement marqué de la valvule mitrale, dont les deux valves, soudées au niveau des commissures, ne laissent qu'une fente étroite, où l'on ne peut faire pénétrer le bout du petit doigt. Le calibre de l'aorte est diminué, sans altération des valvules.

II

M. Antony avait présenté à la Société, dans les séances du 27 janvier et du 3 mars, deux jeunes hommes atteints de surdi-mutité, qu'il considérait comme étant de nature

hystérique. Ils sont aujourd'hui guéris tous les deux et M. Antony en présente un; le traitement a consisté en électricité statique et en rééducation de la prononciation et de l'audition. On a d'abord appris au malade à reproduire le son des voyelles *a*, *e*, *i*, *o*, *u*, puis des sons *be*, *ce*, *de*, *ge*, etc., puis *ba*, *pa*, *ka*, etc.; peu à peu le malade arrivait à reproduire ces sons; enfin on a essayé de lui faire entendre les différentes voyelles; après plusieurs tentatives infructueuses, l'audition commença à se faire très lentement, puis tout à coup tout rentra dans l'ordre et le malade entendit et parla comme autrefois.

III

(*Séance du 5 mai.*) — MM. Josias et Netter lisent une observation très intéressante de *méningite cérébro-spinale suppurée* observée dans le cours de l'épidémie actuelle.

Au lieu de rencontrer dans ce cas le méningocoque, microbe habituel des méningites cérébro-spinales, on y a trouvé le staphylococcus pyogenes aureus.

Ch. H..., âgé de 11 ans, est apporté le 10 avril dernier à l'hôpital Trousseau dans le service du Dr Josias; il y a déjà été soigné pour bronchite et anémie; il avait à ce moment un double bruit de souffle cardiaque, attribué à son anémie. Depuis sa sortie, il a toujours été souffrant : fièvre, céphalalgie, constipation.

Le 6 avril, à 9 heures du matin, état apoplectiforme avec perte de connaissance jusqu'à 3 heures ; hémiplégie droite. Le 7 et le 8, vomissements. A son entrée, le 10, douleur à la nuque, pupilles dilatées ; pouls 88, régulier.

Le 11, paralysie absolue du membre inférieur et à la face ; quelques mouvements des doigts de la main, pupilles dilatées ; pouls 100, intermittent.

Le 13, collapsus ; incontinence des matières fécales.

Le 14, douleur de la nuque plus grande ; raideur ; opisthotonos ; vomissements.

Le 15, léger strabisme. Les jours suivants, le même état persiste.

Le 20, inégalité pupillaire, la pupille gauche est plus dilatée. La paralysie faciale droite est moindre ; l'hémiplégie droite persiste ; incontinence des matières fécales ; rétention d'urine. Il n'y a pas de signe de Kernig.

Le 22, éruption d'herpès très confluente au pourtour des lèvres du côté droit.

L'état va en s'aggravant, mort le 24.

A l'autopsie, on trouve une méningite suppurée surtout à la base du cerveau, au bulbe et dans la région lombaire, le pus est très épais et filant.

En disséquant le ganglion de Gasser du côté droit, on trouve à sa surface une nappe de pus visqueux, qui a suivi le trijumeau, mais qui, au delà, respecte la branche ophtalmique, tandis qu'elle suit sur un court trajet les faisceaux du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur.

Dans la substance corticale de l'extrémité supérieure du rein droit, abcès gros comme une petite noisette s'ouvrant dans le bassinet.

L'étude bactériologique (examen et cultures) a permis de reconnaître le staphylococcus pyogenes aureus, qui existait à l'état pur dans le liquide cérébro-spinal et ventriculaire, dans le pus méningé, dans le pus de l'abcès rénal, dans le sang du cœur.

L'injection d'un demi-centimètre cube d'une culture dans le bouillon dans la veine de l'oreille d'un jeune lapin, a amené la mort en 40 heures ; l'autopsie a permis

de constater un certain nombre de petits abcès contenant des staphylocoques.

M. NETTER fait remarquer qu'au point de vue bactériologique ce fait n'est pas absolument isolé ; il a déjà vu, depuis le commencement de l'épidémie, quelques cas où le staphylocoque était « à l'état de pureté dans trois méningites : deux primitives, une compliquant la coqueluche, l'autre la fièvre typhoïde, la dernière une pneumonie » (1).

Dans deux autres cas, le staphylococcus aureus coexistait avec le pneumocoque et le streptocoque. »

M. JOFFROY demande pourquoi M. Netter n'applique pas le terme de *zona* à l'éruption herpétique de la face, puisqu'il la croit en relation avec les lésions du ganglion de Gasser. Il demande si les deux ganglions étaient lésés et si l'éruption correspondait exactement ou non à la distribution des terminaisons nerveuses du trijumeau.

M. NETTER accepte le terme de zona pour l'éruption herpétique qu'il a décrit ; le ganglion de Gasser du même côté était seul lésé et l'éruption correspondait exactement à la distribution des terminaisons nerveuses du trijumeau.

M. RENDU trouve dans le fait signalé par M. Netter une explication très intéressante de l'herpès labial, si souvent signalé dans la méningite cérébro-spinale. Il y aurait peut-être lieu de généraliser cette pathogénie et lorsqu'il observera un pneumonique succombant avec un herpès labial, il recherchera l'état du ganglion de Gasser.

---

(1) Il nous semble que cela fait cinq cas au lieu de trois.

IV

MM. Variot et Dené rapportent l'observation d'un petit enfant de quinze mois, mort à l'hôpital Trousseau, après avoir présenté tous les symptômes de la cyanose ; les battements du cœur étaient rapides, mais l'auscultation du cœur ne permettait de reconnaître ni souffle ni thrill.

L'autopsie démontra cependant l'existence du rétrécissement de l'artère pulmonaire et d'une perforation interventriculaire.

M. Variot rapproche cette observation d'une autre qu'il a présentée à la Société en 1890.

Il existe donc une forme spéciale de cyanose, où le signe ordinaire du rétrécissement pulmonaire, le souffle, manque, bien que la lésion existe.

V

M. Renon a observé un cas d'*entéro-colite aiguë* accompagné d'accidents graves qu'il considère comme causés par une *névrite toxique du pneumogastrique.*

Voici un résumé de l'observation :

Petite fille de 8 ans, de souche arthritique, ayant eu une entérite avec broncho-pneumonie, à la suite d'un sevrage prématuré et de l'alimentation au lait de vache ; depuis trois ou quatre ans, de temps à autre, troubles gastro-intestinaux, nausées, vomissements bilieux, coliques. Selles presque toujours constituées par un mélange de diarrhée et de matières dures ; l'enfant aime beaucoup la charcuterie.

Le 15 août dernier, après avoir mangé du jambonneau

avarié, diarrhée légère qui se continue sans fièvre jusqu'au 1er septembre.

Du 1er au 10 septembre, vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux ; selles glaireuses et membraneuses.

L'état continue et le 15 septembre température de 38°.

Le 16 septembre, éruption sur la face et l'abdomen, ressemblant à la rougeole, quelques exulcérations de la muqueuse buccale, près de l'embouchure des canaux de Stenon.

Les jours suivants, l'éruption s'accentue ; les vomissements, qui avaient cessé, reprennent; dyspnée violente, quoique les poumons paraissent sains.

Le 20, dyspnée avec 60 respirations par minute, éruption papuleuse généralisée ressemblant absolument à la rougeole ; vomissements incessants ; pouls à 140, irrégulier, inégal, intermittent ; température à 38,6 ; ventre douloureux, ballonné ; selles d'entérite, lèvres enflées, très volumineuses avec des fissures profondes ; muqueuse buccale exulcérée. L'auscultation du cœur « fait percevoir des battements irréguliers, tantôt précipités comme des battements d'ailes d'oiseaux, tantôt lents ; il n'existe pas le moindre bruit de souffle. L'auscultation minutieuse de la poitrine ne relève rien d'anormal. » Albuminurie légère.

Pendant les jours suivants, amélioration progressive.

Le 27, les selles rendues depuis la veille sont constituées par « deux litres de gelée verte, tremblotante, absolument semblable à une accumulation de grains de raisin que l'on aurait dépouillés de leur pelure. »

La guérison survint lentement.

Pour le Dr Renon, la névrite du pneumogastrique est caractérisée dans cette observation par la violence de la

dyspnée, les vomissements incessants, le ballonnement du ventre, l'asphyxie de l'enfant, le pouls irrégulier, inégal, intermittent.

Nous ferons remarquer que la névrite du pneumogastrique n'explique pas l'éruption morbilliforme concomitante.

VI

MM. Sicard et Guillain ont fait des recherches sur la tension artérielle dans des cas de tremblements d'origines diverses ; ils ont constaté rapidement qu'il n'y avait que dans la paralysie agitante que l'on trouvait une modification de la tension artérielle, modification en moins.

Cette hypotension artérielle n'existe pas seulement chez les sujets réunissant au complet le tableau symptômatique de la maladie de Parkinson, avec attitude soudée et tremblement caractéristique ; elle se rencontre même chez les parkinsoniens atteints de formes frustes et ne présentant que de la rigidité musculaire.

Leurs recherches ont porté sur 13 malades atteints de maladie de Parkinson observés à la Salpétrière, dans le service de M. Raymond, ou à Bicêtre, dans le service de M. Marie.

Sur ces 13 malades, 11 présentaient une hypotension manifesté ; deux malades seuls accusaient une pression égale à la normale, « l'un était entaché de brightisme avec albumine dans les urines, l'autre était porteur d'une affection de l'aorte. »

Cette hypotension artérielle pourra servir pour aider à porter le diagnostic de paralysie agitante dans des formes frustes difficiles à reconnaître.

VII

(*Séance du* 12 *mai.*) — M. TRIBOULET signale un cas remarquable de *sialorrhée.*

Il s'agit d'une dame de 54 ans, robuste, qui fut atteinte d'une grippe légère, à la suite de laquelle on lui administra une potion iodurée, qu'elle prend du 21 mars au 9 avril.

« Le lendemain de la cessation de ce traitement, le 10 avril, la malade est prise d'une sialorrhée progressive qui lui fait rejeter, quotidiennement, 1/3, puis 2/3 de litre, et enfin un litre environ de salive. L'écoulement de la salive est incessant ; toutefois, il s'arrête dans le sommeil, mais quand le sujet s'éveille la nuit, l'excrétion reprend. La salive a quelques caractères variables suivant le moment où on l'examine ; claire, filante le matin, elle est mousseuse dans la journée. »

La bouche était saine, il n'y avait aucune modification des glandes salivaires ; tous les autres organes sont sains.

Cette sialorrhée a commencé à s'atténuer pendant la quatrième semaine, peut-être sous l'influence d'un traitement belladonné ; elle a disparu complètement le trentième jour.

M. Triboulet recherche la cause de ce flux ; il trouve que la première idée est que la sialorrhée a été causée par l'iodure de potassium ; mais, contrairement à ce qui se passe dans l'iodisme, les accidents ne sont survenus qu'après la cessation du médicament ; le coryza, le larmoiement, l'acné, le gonflement des glandes salivaires ont manqué au tableau habituel des symptômes de l'iodisme.

M. Triboulet considère que ces accidents sont sous la dépendance de la grippe et il s'appuie sur trois observations

analogues qui lui ont été signalées par le Dr Levassort, de Paris, et par le Dr Monmarson, de Saint-Maur.

M. Le Gendre a noté comme M. Triboulet, dans 2 cas de sialorrhée chronique, datant l'un de plusieurs mois, l'autre de plusieurs années, et qui lui ont paru d'origine névropathique, la cessation du flux pendant le sommeil et sa réapparition chaque fois que la malade se réveillait.

Pour M. Rendu c'est bien à l'iodure de potassium qu'il convient d'attribuer la sialorrhée chez la malade de M. Triboulet ; ce qu'il y a d'insolite, c'est le moment de l'apparition de la sialorrhée, l'iodure étant un médicament qui s'élimine facilement et rapidement.

M. Variot rappelle que l'élimination de l'iodure de potassium n'est pas toujours rapide, que ce médicament peut s'accumuler dans l'organisme et que ses effets toxiques sont parfois retardés. Dans un travail fait par un de ses élèves dans le laboratoire de M. Richet, on a noté que l'on retrouvait l'iodure dans les urines des animaux qui en avaient reçu de fortes doses, plus de trois semaines après la cessation de l'administration du médicament. A la même époque, M. Variot fit rechercher l'iodure dans les urines d'un enfant traité par des doses massives d'iodure de potassium pour un psoriasis, et on en retrouva des traces plus de quinze jours après la cessation de l'emploi de ce médicament.

VIII

M. Rendu a observé en ville avec le Dr Clément Petit une *pneumonie du sommet* compliquée de *méningite cérébro-spinale guérie*, dont l'observation est très curieuse.

Il s'agissait d'une fillette de 5 ans, de bonne santé antérieure, sans antécédents héréditaires. Ce qu'il y a de curieux, c'est que cinq jours auparavant une sœur de la petite malade avait été prise d'une angine avec otite suppurée consécutive, que son affection avait débuté subitement par un frisson, avec fièvre intense d'emblée et que l'otite avait guéri très rapidement, comme cela se passe ordinairement dans les angines à pneumocoques. De plus, une semaine après la fillette dont nous allons rapporter l'observation, sa sœur aînée fut prise d'une pneumonie, qui évolua et guérit normalement. Il y a donc eu là une petite épidémie d'affections à pneumocoques.

La petite fille fut prise subitement dans la nuit du 18 février d'un frisson violent, avec délire.

Le 19, deux convulsions, coma, pupilles contractées, pouls à 140 ; température de 40°8. Bien qu'il n'y eut pas de dyspnée on pensa à un début de pneumonie.

Le 21, troisième jour, l'auscultation révèle quelques signes au sommet droit de la poitrine, pouvant y indiquer la pneumonie, qui évolue les jours suivants, s'étend à la moitié supérieure du poumon, et s'accompagne d'un état général grave.

Le 24, septième jour, défervescence : la température est le soir à 37.6, le souffle est moins rude, on commence à percevoir quelques râles de retour. La convalescence paraît s'établir.

Dans la nuit la fièvre remonte brusquement à près de 40°, agitation, délire, grincement de dents.

Le 27, l'enfant a le regard fixe ; ne voit pas les objets, les pupilles sont largement dilatées, trismus, raideur de la nuque, contracture des membres supérieurs dans l'extension ; signe de Kernig. La respiration a le caractère

bulbaire : elle est irrégulière, inégale, ralentie et suspirieuse ; le souffle pulmonaire a reparu plus intense.

Les jours suivants, les symptômes méningitiques s'accentuent ; incontinence d'urine.

Le 1er mars, le thermomètre remonte à près de 40° ; éruption de furoncles au cuir chevelu, eschare à la région fessière.

Les jours suivants, les signes de méningite diminuèrent d'intensité, la pneumonie entre en défervescence, la fièvre tombe et la convalescence s'établit assez lentement.

L'examen du liquide céphalo-rachidien n'a pas été fait ; il paraît cependant certain que les deux affections (pneumonie et méningite) ont évolué sous l'influence du même microbe pathogène, le pneumocoque, qui paraît du reste avoir causé en même temps la pneumonie et l'otite suppurée des deux sœurs de la malade.

Au point de vue thérapeutique, M. Rendu attribue le bon résultat aux bains (frais pendant la première période pneumonique et chaud pendant la méningite) ainsi qu'aux injections de sérum, qui étaient suivies d'émission copieuse des urines.

M. Sevestre a rapporté l'année dernière une guérison de méningite cérébro-spinale qu'il attribue aux bains.

M. Netter est heureux de voir M. Rendu apporter son témoignage à l'efficacité des bains chauds. Il possède déjà 7 observations de guérison de méningite cérébro-spinale dues aux bains chauds ; il a en ce moment dans son service trois cas qui semblent devoir guérir sous la même influence.

IX

(*Séance du 19 mai.*) — M. BÉCLÈRE présente un malade intéressant à la fois par l'affection tout à fait exceptionnelle dont il est porteur et par le secours apporté au diagnostic de cette affection par l'examen radioscopique : c'est un nouvel et très remarquable exemple des services rendus au diagnostic médical par les rayons de Rœntgen.

Il s'agit d'un jeune homme robuste, de race saine, de bonne santé habituelle, mais coutumier d'excès alcooliques, qui fut pris subitement, pendant son sommeil, il y a près de trois ans et demi, le 4 décembre 1895, d'une douleur très vive au côté gauche du thorax. Cette douleur fut suivie de fièvre et le malade dut garder le lit pendant trois mois et demi. Depuis cette époque, il est demeuré dyspnéique au point de ne pouvoir travailler et a séjourné successsivement dans les hôpitaux de Dinan, de Charleroi, de Lille, de Saint-Quentin et de Paris. Partout, en raison de sa dyspnée, de sa toux accompagnée d'expectoration purulente et de la déformation hippocratique de ses doigts, il a été considéré et traité comme un tuberculeux. Cependant, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Martin, il eut, l'an dernier, une vomique très abondante de crachats purulents d'une horrible fétidité dont il remplit six crachoirs en moins de deux heures. Cette vomique fit croire à l'existence d'un foyer de pleurésie purulente interlobaire du côté gauche, mais six ponctions furent faites l'aisselle gauche sans aucun résultat.

Le malade entra ensuite à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Béclère. Celui-ci le soumit à l'examen radioscopique et, à sa grande surprise, trouva les deux poumons, du sommet à la base, transparents aux rayons

de Rœntgen comme à l'état normal. Il ne savait donc où localiser le foyer de suppuration dont le malade était porteur et qui chaque fois lui faisait expectorer 250 à 300 grammes d'un pus où jamais le microscope ne fit découvrir aucun bacille. Tout dernièrement, un nouvel examen radioscopique fit constater, dans la région de l'hypochondre droit, entre l'ombre en forme de bandelette du diaphragme, mobile avec les mouvements respiratoires, et l'ombre en nappe du foie, l'existence tout à fait anormale d'une zone claire, symptomatique d'une collection gazeuse de l'espace inter-hépato-diaphragmatique droit.

En même temps la percussion fit reconnaître que la matité hépatique avait complètement disparu et était remplacée par une sonorité tympanique, très distincte de la sonorité pulmonaire ; il y avait, à la percussion, *éclipse totale du foie*. Le lendemain, la matité hépatique avait reparu et l'aspect radioscopique si singulier, constaté la veille, avait disparu pour faire place à l'aspect normal. Depuis, à différentes reprises, les mêmes phénomènes se sont reproduits. Toujours, avec une éclipse totale ou même partielle du foie, constatée par la percussion, a coïncidé, à l'examen radioscopique, l'image d'une collection gazeuse entre le diaphragme et le foie.

On peut, d'ailleurs, provoquer à volonté l'apparition simultanée des signes que révèlent à la percussion et sur l'écran fluorescent cette collection gazeuze. Il suffit d'inviter le malade, qui ne tousse et ne crache pas la nuit, mais vide sa poche chaque matin au réveil, d'éviter à ce moment tout déplacement et tout effort, de façon à conserver, jusqu'à ce qu'il soit soumis à l'examen radioscopique, la majeure partie du contenu gazeux et purulent

de sa collection sous-diaphragmatique. C'est ainsi que M. Béclère a pu mettre sous les yeux de ses auditeurs du dimanche, à une demi-heure d'intervalle, les deux aspects radioscopiques que présenta le malade avant et après l'évacuation de son abcès.

En résumé, il s'agit d'un abcès sous-phrénique en communication avec les bronches, révélé par l'examen radioscopique plus de trois ans après le début de la maladie. Quant au point de départ de cet abcès, M. Béclère suppose qu'il est le résultat d'une perforation de l'estomac, consécutive à une gastrique alcoolique, sans rien affirmer d'ailleurs sur ce point. Quelle qu'en soit l'origine, une intervention chirurgicale s'impose. M. Béclère présentera de nouveau le malade à la Société.

A la séance suivante, M. Béclère vient très simplement et très honnêtement reconnaître qu'il s'est trompé dans l'interprétation des résultats donnés par les rayons Röngten.

Le malade étant mort presque subitement, l'autopsie a montré qu'une ectopie du côlon transverse venant, à certains moments, s'interposer entre le foie et le diaphragme, était la cause de la singulière image observée à l'examen radioscopique.

Il existait, du côté gauche, les vestiges d'une ancienne pleurésie diaphragmatique, consécutive à une pneumonie de la base. Cette pleurésie primitivement enkystée et suppurée, avait sans doute été le point de départ des vomiques du malade, mais elle avait abouti à la symphyse des deux feuillets pleuraux et s'accompagnait de sclérose du poumon sous-jacent avec dilatation des bronches : telle était l'origine de l'abondante expectoration purulente observée pendant la vie. Un allongement très anormal

du mésocôlon, au niveau du côlon transverse, permettait à cette portion manifestement dilatée du gros intestin de se déplacer et de recouvrir, par intervalles, la face supérieure du foie.

Ce déplacement du côlon avait lieu surtout pendant le sommeil, et les efforts de toux du matin avaient le double résultat d'amener l'expectoration du pus accumulé dans les bronches pendant la nuit et de ramener le côlon déplacé à sa situation normale au-dessous du foie.

Dr Marc Jousset

REVUE DES JOURNAUX AMÉRICAINS ET ANGLAIS

Sambucus dans la malaria

Le Dr Hoffman Peters rapporte un cas de malaria qu'il a guéri par *Sambucus*. Il s'agit d'une jeune femme malade depuis six mois et chez qui le sulfate de quinine n'avait produit aucun résultat. Elle présentait cette particularité d'être prise, une demi-heure ou une heure avant le frisson, de chatouillements dans la gorge déterminant une toux incessante, puis la fièvre apparaissait mais sans être accompagnée de soif, et enfin la transpiration s'établissait, mais dès que la malade s'endormait, la peau, devenait chaude et sèche.

Sambucus 500 X la débarrassa en deux jours. (*Ann. Hom.*)

Arnica dans l'amygdalite

D'après le Dr *Wesner*, *Arnica* fait avorter l'amygdalite lors-

qu'on se trouve en présence des symptômes suivants : forte douleur en avalant qui s'étend à une seule oreille ou aux deux, impossibilité d'avaler aucune nourriture solide ; on avale plus facilement de grandes quantités de liquides que des petites mais la douleur est malgré tout très pénible. Difficulté d'ouvrir la bouche ; enflure et sensibilité extérieure du cou ; une amygdale ou toutes les deux sont très gonflées et rouge vif ; le gonflement a une apparence de bouffissure et il s'étend vers le haut et vers le bas toujours avec cette teinte rouge vif. En outre, le malade a des frissons, de la fièvre, de l'altération ; sa voix est rauque et indistincte, il ne peut se coucher sur le dos et il a des douleurs musculaires et une sensation de malaise général. Il faut employer Arnica 6 X. (*Ann. Hom.*)

Les sels d'ammoniaque

Les sels d'ammoniaque, dit le Dr Fitz, conviennent aux malades gros, indolents, bouffis et qui ont une vie sédentaire. *Ammonium mur.* convient aux gens apathiques qui ont le corps très gras et les jambes maigres en comparaison. *Ammonium carb.* détermine un état semblable au scorbut. Tous les sels d'ammoniaque, ont une affinité spéciale pour les muqueuses où ils produisent depuis une simple inflammation jusqu'à la destruction complète. Du côté de la peau ils déterminent des papules et des vésicules.

Étudiés individuellement, *Ammonium carb.* produit un état scorbutique, le sang est altéré, il y a des hémorragies de sang fluide et une forme de fièvre hectique, de la somnolence, de gros râles dans les poumons, les lèvres sont bleues et la langue brune. On peut penser à ce remède dans la méningite cérébro-spinale, quand le malade ne peut pas réagir ; dans la dilatation du cœur,

quand le malade souffre en montant et ne peut supporter d'être dans une chambre chaude ; dans la pneumonie lorsque la faiblesse est très marquée, et qu'il y a tendance à se former des caillots dans le cœur, dans la bronchite chronique avec emphysème et toux continuelle, dans la fièvre scarlatine avec rash miliaire et violent mal de gorge avec beaucoup d'assoupissement ; dans le catarrhe nasal avec nez tellement bouché que le malade se réveille la nuit en étouffant. Enfin, *Ammonium carb.* est très utile pour les toux d'hiver.

Ammonium mur. produit de l'irritation des muqueuses et des troubles de la circulation aggravés par le séjour dans une pièce chaude, violents battements dans les artères et en outre de l'anxiété et de la faiblesse, comme de la paralysie. Il y a une certaine périodicité des symptômes qui reviennent tous les sept jours. Douleurs dans la hanche gauche qui fait boiter en marchant, les tendons semblent trop courts, amélioration en marchant.

Du côté des organes génitaux, il y a de la sensibilité de la région hypogastrique, avec douleurs dans les aines, avec élancements dans la matrice et il y a une sensation d'effort dans l'aine qui rend la marche lente. En outre, leucorrhée brune ou claire qui suit l'émission d'urine.

Coryza plus marqué la nuit que le jour avec écoulement excoriant et aqueux ; la gorge est enflée, le malade a de la peine à avaler.

Du côté de la poitrine, on constate une toux violente qui excite la sécrétion salivaire, puis de l'enrouement avec brûlure du larynx, froid entre les épaules, poids sur la poitrine.

Il a une action spécifique sur le foie et est utile dans ses affections chroniques, lorsque les selles sont recou-

vertes de mucosités et qu'il y a de la dépression cérébrale.

Ammonium brom. a une affinité élective pour le cerveau et les portions cervicales et dorsales de la moelle ainsi que pour les yeux et le nez.

Il est utile dans la méningite cérébro-spinale et dans celle de la base, dans la toux qui s'accompagne de congestions cérébro-spinales, dans l'anémie cérébrale, dans l'ophtalmie strumeuse et enfin dans le catarrhe postérieur des fosses nasales avec écoulement épais et visqueux.

On pensera à *Ammonium caust.* dans l'aphonie avec brûlures dans la gorge.

Ammonium acet. a de la réputation clinique comme curatif de la dysménorrhée.

Il produit aussi des urines abondantes et sucrées.

Ammonium phos. s'est montré utile contre les nodosités goutteuses chroniques.

Ammonium picr. rend service dans les maux de tête qui s'accompagnent de dépression nerveuse avant, pendant ou après les époques. (*Hahnemannian Monthly.*)

TRAITEMENT DE L'HYPERHYDROSE.

Les principaux médicaments sont : Silicea, Thuya, Nitri acid. Kali carb. Graphites et Phosphorus.

Silicea. — Jambes et pieds froids avec une sueur des pieds excessivement fétide. Aucun remède n'égale Silicea. Suites mauvaises de la suppression de la sueur des pieds. Odeur absolument intolérable, odeur de charogne.

Thuya 3 X-6 X. — Le malade ne peut supporter la moindre humidité, les soins ni les lavages du corps. Trois

à quatre doses par jour. Plus tard on donnera les hautes dilutions à de plus rares intervalles.

Nitri acidum 3 X et plus haut. — Rougeur inflammatoire des parties qui sont le siège de la transpiration par suite de l'âcreur de celle-ci. Rhagades et fissures de la peau par tout le corps. Trois ou quatre doses par jour.

Kali carbonicum 6 X et plus haut. — Grande facilité à prendre froid et surtout à s'enrhumer du cerveau ou de la gorge. Sensibilité exagérée aux sons et bruits soudains avec tremblements ou frissons nerveux ou indifférence pour ce qui vous entoure. Plutôt indiqué chez les femmes.

Graphites 3 X-6 X. — Particulièrement utile chez les femmes obèses qui ont de la constipation. Dépression, préoccupation constante du qu'en dira-t-on ; crainte imaginaire de voir échouer ses entreprises. A la suite d'émotions, avec difficulté de rester tranquille.

Phosphorus 4 X-6 X. — Fatigue et pesanteur de la tête à la suite du moindre effort intellectuel ; sensation de brûlure le long de la colonne vertébrale et grande faiblesse des jambes ; faiblesse générale du corps et de l'esprit.

Outre ces médicaments, on peut être forcé d'avoir recours à :

Baryta carb. 3 X-6 X. — Grande propension aux maux de gorge, aux amygdalites et aussi chez les vieillards qui ont de l'asthme.

Calcarea phos. 3 X-6 X. — Indiqué par une peau pâle et ridée et un faible développement du corps, surtout chez les enfants et en général chez les sujets anémiques.

Petroleum 3 X. — Sécrétion excessivement abondante dans les aisselles et aux pieds d'une sueur très fétide.

Acid. lact. 3 X. — Sueur profuse des pieds sans odeur.

Bryonia 3 X. — Utile dans la sueur grasse du cuir chevelu avec odeur aigre; avec complication de gastrite. (*Vratch Homeop.*)

LES REMÈDES DE LA MYOPIE.

Outre les médicaments qui peuvent être utiles pour restaurer l'état général des sujets atteints de cette affection, on peut employer les remèdes suivants d'après Bissell.

Jaborandi. — Spasme du muscle ciliaire; irritation réflexe génitale.

Physostigma. — Spasme du muscle ciliaire; asthénopie dans les forts degrés de myopie.

Ruta. — Asthénopie par suite d'amétropie non corrigée et de fatigue des yeux; choroïdites.

Gelsemium. — Congestion des membranes profondes de l'œil, choroïdite; décollement de la rétine.

Kali iodatum. — Surtout utile dans la chorio-rétinite avancée, dans la syphilis.

Prunus spinosa. — Chorio-rétinite avec violentes douleurs, liquéfaction et opacité du corps vitré, excellent remède. (*Hom. Eye, Ear and Throat Journal.*)

LES MÉDICAMENTS DE L'HYPERCHLORHYDRIE.

Adams, de Cleveland, mentionne comme principaux médicaments :

Nux vomica. — Sujet nerveux, débilité, irritable, qui s'est trop confiné dans les affaires; qui a peut-être abusé de mets trop épicés; qui se tracasse trop facilement pour de petites choses; qui se sent fatigué le matin ou d'autres fois, lorsqu'il n'est pas sous l'influence de l'excitation ou de stimulants.

Lycopodium. — Constipation, beaucoup de gaz ; l'urine contient beaucoup d'acide urique et des urates ; appétit excessif qui peut être ou non facilement satisfait.

Ignatia. — Convient surtout aux femmes qui ont eu des malheurs ; tendance à la mélancolie, personne donnant l'impression qu'elle doit se livrer à la masturbation.

Kali phos. — Personne hystérique, érétique, sombre et affaiblie. Difficulté de s'endormir la nuit ou bien rêves excitants. Urine abondante de faible densité.

Bryonia. — Morose et irritable, sensation de vertige avec nausées et vomissements par le mouvement, soif excessive et constipation extrême. (*Medical Century.*)

DE L'ASTHME.

Asthme de cause réflexe. — Un grand nombre de cas d'asthme sont dus à la présence d'une irritation quelconque à l'un des orifices du corps ; il faudra donc examiner soigneusement tous les orifices quand on aura à soigner un cas d'asthme chronique.

Pour un soulagement rapide. — Pendant un accès, ce qui donne peut-être le plus grand soulagement, ce sont les inhalations de Pyridine. Pour les formes cardiaques, le Nitrite d'amyle agit également bien. Quelquefois pendant un accès, une pulvérisation rapide de Chlorure d'éthyle sur la poitrine et le dos du sujet amènera une prompte détente.

Aggravation nocturne. — Arsenicum vient en tête des médicaments. Respiration courte après les repas, augmentation de l'oppression vers minuit, anxiété et agitation, le malade semble sur le point de suffoquer. Convient aux formes nerveuse, cardiaque et bronchique.

Toux excessive. — Ipéca s'est montré utile dans les accès

d'asthme s'accompagnant de beaucoup de râles dans la poitrine; respiration difficile, accès de suffocation pendant lesquels la face devient bleue, toux et vomissements.

Abondance anormale de mucosités. — Silphium est de grand recours dans la bronchite chronique s'accompagnant d'asthme catarrhal. La poitrine semble remplie de mucosités et il y a expectoration abondante de mucus adhérent et très filant.

Parésie du pneumogastrique. — Grindelia est aussi très utile lorsqu'il y a accumulation anormale de mucosités, mais il y a plus de désir de tousser (Ipéca), sensation de plénitude du cœur ; le malade s'arrête de respirer parce qu'il s'endort ; parésie probable du pneumogastrique.

Forme gastrique. — Nux vomica dans les formes gastriques ; digestion défectueuse soulagée par des éructations ; distension de l'estomac qui gêne le cœur. Sans valeur dans la forme bronchique.

Accès de jour. — Hahnemann a recommandé Nitrum lorsque le malade ne peut pas coucher avec la tête basse ; sensation de constriction du larynx. L'asthme persiste pendant la journée ; expectoration muqueuse quelquefois teintée de sang. Très efficace.

Asthme des enfants. — Sambucus a une grande action contre les accès de suffocation nocturne des enfants ; violente dyspnée s'accompagnant généralement d'une transpiration abondante.

Asthme nerveux. — Lobelia est indiqué pour les attaques purement nerveuses que le froid ou une nourriture trop abondante augmente ; il y a des nausées et du vertige. (*Medical Century.*)

Dr G. Nimier.

REVUE DES JOURNAUX

Un procédé nouveau de traitement des corps étrangers des fosses nasales chez les enfants.

M. Félizet. — Depuis dix ans nous avons vu, à la consultation de l'hôpital Tenon, plus de soixante cas de corps étrangers du nez.

Nous avons recours, depuis cinq ans, à un procédé de douceur qui nous a toujours réussi, tant pour les faits d'introduction de date récente, que pour les rétentions anciennes, et, parfois, au milieu des complications inflammatoires les plus contrariantes.

Les corps étrangers auxquels nous avons eu affaire sont consignés dans la liste ci-dessous : bouton de bottine, 1 fois ; grosses perles, 8 fois ; pois secs, 5 fois ; noyaux de cerises, 8 fois ; haricots secs, 2 fois ; grains de chapelet, 2 fois ; fragments de marron d'Inde, 1 fois ; crayons d'ardoise, 1 fois ; boule d'ouate et de papier, 1 fois ; morceau de chaîne de montre, 1 fois ; tête de poupée de porcelaine, 1 fois. En tout 31 cas.

L'âge des enfants variait entre quatre semaines et douze ans.

Il est toujours nécessaire de faire le diagnostic, mais la chose n'est pas toujours possible : l'enfant ment, ne sait pas ou a oublié.

La région est tuméfiée et douloureuse. Il n'y a pas à parler ici de l'examen rhinoscopique. Quant à rendre manifeste l'obstruction d'une fosse nasale en faisant souffler

l'enfant, c'est une constatation qui n'est praticable que quand le petit malade a sa raison et consent à se prêter à l'épreuve.

L'examen par le stylet nous conduit à la vérité, pourvu que le corps soit dur (perle ou noyau) ; si le corps étranger est mou (ouate, papier ou haricot), le seul renseignement que l'on obtienne est celui-ci ; le conduit nasal est bouché par quelque chose; nous savons, par la mère, que l'occlusion est plus ou moins récente ; et c'est tout.

Voici ce que nous avons fait 31 fois, pour libérer la narine dans laquelle un corps étranger séjournait.

Sur les 31 fois, 26 fois le corps étranger est sorti d'emblée ; 5 fois nous avons été dans l'obligation de le saisir, au plus près de la narine, avec une pince ou une curette.

Quand on fait le lavage du nez au moyen du *bock* et du tube de caoutchouc, la pression de 2 mètres de haut répond à environ un cinquième d'atmosphère ; elle occasionne une projection de 20 centimètres environ à la sortie par la narine opposée, une élévation du bock à 5 mètres fait une projection de plus de 60 centimètres à la sortie de la narine opposée.

C'est une force de près d'une demi-atmosphère, que l'on peut augmenter considérablement en faisant usage d'un appareil plus fort, d'une seringue par exemple.

Or, c'est cette force qui nous a rendu les plus grands services pour faire sortir les corps étrangers du nez.

Je suppose un noyau, une perle ou un haricot, logé dans la *narine gauche*. On ne le voit pas, le stylet le heurte, la fosse nasale est absolument bouchée.

Il suffit d'engager horizontalement *dans la narine droite* l'embout d'une seringue de 300 à 500 grammes, épousant nettement le pourtour de la narine.

La poussée d'eau tiède faite horizontalement est lente et douce pour commencer, afin que le voile du palais ne soit pas surpris et se tende bien et que la trompe d'Eustache ait le temps de se fermer. Elle s'accentue ensuite : on a le sentiment d'une résistance, et cette résistance vaincue se traduit soit par la projection du corps étranger au dehors, soit par la saillie d'un jet de liquide sous lequel on voit, à proximité de la narine, le corps étranger mobilisé prêt à sortir et facile à prendre.

Comme la pression ne semble pas dépasser, avec le plus grand effort du piston, les deux tiers d'une atmosphère, on peut admettre que les trompes d'Eustache ne courent pas le risque d'être incommodées en même temps que la caisse. Je n'ai d'ailleurs jamais remarqué, pour ma part, un accident quelconque du côté de l'oreille moyenne.

La manœuvre est, on le voit, facile et certainement inoffensive.

Dans le cas où le diagnostic ne serait pas ferme, dans le doute sur la présence d'un corps étranger, l'injection nasale forcée nous permettra d'être fixés, sans avoir acquis la certitude au prix de grandes douleurs et parfois de réels dangers que les explorations instrumentales répétées peuvent occasionner chez les petits malades.

(Société de chirurgie. *Journ. de clinique et de thérap. infantile*, 1er déc. 1898).

LE NOMBRE DES DÉBITS DE BOISSONS EN FRANCE DANS SES RAPPORTS AVEC L'ALCOOLISME.

L'alcoolisme fait des ravages considérables ; voici quelques renseignements statistiques montrant l'augmentation considérable du nombre des débits de boissons.

1835	283.023
1850	350.424
1855	291.244
1865	351.048
1869	364.875
1874	342.980
1875	342.622
1876	343.139
1877	346.598
1878	350.697
1879	354.852
1880	356.863
1881	367.825
1882	372.587
1883	377.514
1884	386.855
1885	399.145
1886	401.021
1887	404.832
1888	408.751
1889	410.069
1890	413.141
1891	416.691
1892	417.568
1893	421.233
1894	422.164
1895	424.575
1896	424.486

Ce recensement ne comprend même pas les 30.000 débits que renferme Paris. Il montre qu'il y a en France un débit par 85 habitants et que, si l'on écarte les femmes

et les enfants, on trouve un débit pour 30 hommes adultes environ. Dans le Nord, on trouve un débit pour 46 habitants, ce qui en fait à peu près un pour 15 hommes adultes.

En regard de l'augmentation du nombre des débits, il est intéressant de constater la marche de la consommation par habitant et par an de l'alcool à 100°. En voici le tableau :

1830.	1 lit.	12
1835.	1	10
1840.	1	40
1845.	1	60
1850.	1	46
1855.	2	»
1860.	2	27
1865.	2	34
1870.	2	32
1875.	2	82
1880.	3	64
1885.	3	85
1890.	4	35
1891.	4	37
1892.	4	56
1893.	4	32
1894.	4	04
1895.	4	07
1896.	4	19
1897.	4	28

Il y aurait lieu d'imiter les pays étrangers qui ont limité le nombre des débits de boissons et qui ont obtenu ainsi une diminution de l'alcoolisme. (*Semaine médicale*, 24 mai.)

TRAITEMENT DES HYDROPISIES PAR LA CAFÉINE ASSOCIÉE A LA PARALDÉHYDE OU AU CHLORAL.

Les expériences physiologiques (Schröder, Langgaard) ayant montré que l'action diurétique de la caféine est nettement augmentée lorsqu'on administre cette substance en même temps que certains hypnotiques, plusieurs médecins italiens (Caruso, Pecoraro, Cervello, Lo Monaco) ont expérimenté cette association médicamenteuse chez l'homme et s'en sont bien trouvés dans les cas d'œdèmes d'origine cardiaque ou rénale. Tout récemment encore, des observations prises dans le service de M. le Dr F. Orsi, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Pavie, par son assistant, M. le Dr A. Sangregorio, ont fait voir qu'en prescrivant la caféine associée à la paraldéhyde ou au chloral chez les sujets atteints d'affections cardiaques, de néphrite ou de cirrhose du foie, l'ascite et les œdèmes disparaissent beaucoup plus rapidement que si l'on administre la caféine seule ou lorsqu'on fait usage d'autres diurétiques.

Pour obtenir ce résultat, il faut, d'après M. Sangregorio, faire absorber par jour 0 gr. 60 centigrammes à 1 gramme de caféine associée soit à 1 gramme ou 1 gr. 25 centigrammes d'hydrate de chloral, soit à 2 ou 3 grammes de paraldéhyde. Le chloral paraît augmenter plus que la paraldéhyde les effets diurétiques de la caféine ; mais aux cardiaques il est préférable de prescrire la paraldéhyde au lieu du chloral, qui exerce sur le cœur une action déprimante. (*Semaine médicale*, 31 mai.)

ERYTHÈME POLYMORPHE CAUSÉ PAR L'IODURE DE POTASSIUM

M. DANLOS. — Ce malade, à la suite de l'ingestion d'iodure de potassium, a été atteint d'un prurit intense, associé à des lésions cutanées : érythème figuré, vésicules et bulles. Ces accidents persistèrent pendant un mois et demi. A l'heure actuelle, cet homme qui a été traité par l'arsenic depuis le début de l'éruption est presque complètement guéri. Au point de vue clinique, son cas soulève certains problèmes. Il présente tous les signes d'une maladie de Duhring aiguë. Doit-on le considérer comme atteint d'une dermatose de Duhring d'origine iodique ou d'un érythème polymorphe simulant cette dermatose? Il semble que la question ne puisse être tranchée cliniquement. (*Médecine moderne*, 12 novembre 1898.)

LE SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE DANS LE TRAITEMENT DES BUBONS VÉNÉRIENS ET DU CHANCRE MOU

L'analogie que présentent les bubons chancrelleux avec les abcès dus à l'infection par le streptocoque a suggéré à M. le Dr J. Moore (de Belfast) l'idée d'expérimenter le sérum antistreptococcique contre cette complication fréquente du chancre mou. Sur 40 cas de bubons inflammatoires aigus ainsi traités par notre confrère, la fonte purulente s'est produite sept fois seulement. Les injections de sérum antistreptococcique ont paru exercer aussi une influence favorable sur le chancre lui-même qui s'est détergé et s'est cicatrisé assez rapidement. Toutefois, ce point reste contestable, attendu que chez les malades en question on avait eu recours en même temps à

un traitement local. Par contre, dans un cas de chancre mou phagédénique, l'effet favorable du sérum antistreptococcique a été moins douteux : chez ce malade, chaque injection sérothérapique améliorait nettement l'aspect de l'ulcère, et cette amélioration cessait dès qu'on suspendait les injections pour s'accentuer de nouveau lorsqu'on y revenait.

La dose de sérum utilisée par M. Moore en une fois a varié de 5 à 10 centimètres cubes. Les injections étaient répétées d'habitude tous les deux jours. Pour éviter la production de bubons chez un sujet atteint de chancre mou on injectait dans chacune des régions inguinales 5 centimètres cubes de sérum. S'agissait-il d'un bubon déjà formé, on injectait chaque fois 10 centimètres cubes de sérum au voisinage de la tuméfaction. (*Semaine médicale*, 30 novembre 1898.)

DEUX CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LE SULFONAL. (RICHMOND. *Brit. Med. Journ.*, 29 octobre 1898.)

Une femme ayant pris une heure avant plus de 7 grammes de sulfonal était dans le coma, les pupilles dilatées; le réflexe conjonctival avait disparu : la respiration était imperceptible ; les bruits cardiaques étaient faibles, lents (47 à 50 à la minute) ; le pouls insensible, les extrémités froides, les lèvres bleues. On fit des applications chaudes, et l'on ordonna d'abord un peu moins de 1 milligramme de strychnine en injection sous la peau, 8 centig. 1/2 d'apomorphine. En quarante secondes, on vit apparaître des tressaillements musculaires à la face et aux membres. Le cœur devint plus fort, plus rapide ; en deux minutes,

il vint des vomissements. La malade se réveilla, et en six heures, elle était guérie.

(Wien. *Berl. klin Woch.*, 1898, n° 39.) — Une malade avait pris pendant un mois environ 1 gr. 50 de sulfonal par jour. Le jour qui suivit la suspension du médicament survinrent des vomissements incoercibles, de la parésie des extrémités et des muscles du pharynx et du palais. Seulement au bout de huit jours apparut l'hématoporphyrinurie. A l'autopsie, il y avait néphrite toxique bilatérale, cystite, dégénérescence du myocarde. L'auteur, se basant sur la fréquence des cas de mort par le sulfonal (18 jusqu'en 1894), conseille de ne le prescrire que quelques jours. Dans les neuf dixièmes de ces cas mortels, les malades étaient des femmes.

On pourrait essayer dans cette intoxication la transfusion ou l'injection de sérum artificiel, le camphre, car le danger est dans la défaillance du cœur. On devra enfin exciter la diurèse. (*France médicale*, 7 avril.)

BIBLIOGRAPHIE

La tuberculose : contagion, hérédité, traitement.

Voici la préface de notre livre sur la tuberculose (1):

Nous nous proposons d'étudier dans ce travail les deux modes de transmission de la tuberculose, *contagion* et *hérédité* ; nous terminerons par le *traitement prophylactique et curatif* de cette maladie, en insistant principalement sur les moyens empruntés à l'hygiène et à la sérumthérapie.

1° *Contagion.* — La contagion de la tuberculose, universellement rejetée par les médecins français jusqu'à la moitié de ce siècle, est aujourd'hui acceptée de tous comme un fait indiscutable. La découverte de l'inoculabilité de la tuberculose aux animaux et du bacille qui est l'agent de cette transmission, a opéré une véritable révolution, non seulement dans l'esprit des médecins, mais encore dans celui du public. Aussi, nier aujourd'hui la contagion, ou même essayer de réduire le rôle de ce mode de transmission, c'est se heurter à la contradiction et à la contradiction passionnée de la plupart des médecins. C'est pourquoi je n'aborderai l'examen de ce problème

(1) *La tuberculose; contagion, hérédité, traitement,* par le Dr P. Jousset, Médecin de l'hôpital Saint-Jacques, Ancien interne, Médaille d'or, des Hôpitaux de Paris. Un vol. in-16 de 180 pages. — Prix : 3 francs. (Chez J.-B. Baillière.)

qu'en m'entourant de toutes les preuves que peuvent fournir le laboratoire et la clinique.

Mon premier chapitre est intitulé : *De la tuberculose expérimentale.* Dans ce chapitre j'expose dans tous ses détails la transmission de la tuberculose par inoculation, par ingestion et par respiration. Je mets en lumière cette grande vérité que chaque animal pâtit suivant son espèce et que, dans chaque espèce, chaque individu pâtit suivant sa nature. Je montre combien il est dangereux de conclure d'une espèce animale à une autre et de l'animal à l'homme. Je fais ressortir les différences radicales, qui existent entre les modes de transmission de la tuberculose employés dans les laboratoires et les modes de transmission auxquels l'homme est exposé dans la vie sociale.

Mon argumentation une fois assise sur les faits de laboratoire, j'aborde les faits cliniques et je montre par l'histoire des sanatoria, par la statistique de la phtisie chez les infirmiers militaires, la seule qui soit établie scientifiquement, et par des observations personnelles contenant l'histoire de 147 familles, que, dans l'espèce humaine, la transmission de la tuberculose n'est possible, ni par ingestion, ni par respiration, ni par cohabitation ; qu'elle n'est possible que par inoculation ; que, par conséquent, la transmissibilité par contagion ne joue qu'un rôle infime dans la multiplication des tuberculeux.

2° *Hérédité.* — La généralité des médecins, même ceux qui sont contagionnistes, admettent l'hérédité de la disposition à la tuberculose. Nous, nous enseignons l'hérédité du bacille lui-même et nous basons cet enseignement sur deux faits : transmission héréditaire du bacille et état

latent de ce bacille. Ces deux faits sont nécessaires pour expliquer l'hérédité de la maladie elle-même.

La transmission du bacille par la mère, à travers le placenta, et sa transmission par le père, au moyen des spermatozoaires, sont aujourd'hui des faits établis sur des expériences absolument sûres.

Mais l'état latent du bacille est nécessaire pour expliquer et les cas de tuberculose qui surviennent dans un âge avancé, et ceux qui sautent une génération et se développent chez les descendants.

Nous naissons tous ou presque tous tuberculeux, comme le démontrent les statistiques des hôpitaux d'enfants. Un grand nombre d'enfants (96 p. 100) sont porteurs de ganglions pouvant transmettre la tuberculose aux cobayes par inoculation ; et, c'est parce que le bacille de Koch jouit de la propriété de demeurer vivant mais à l'état latent dans l'organisme, qu'un grand nombre d'individus peuvent garder, sans être jamais malades, ce bacille pendant toute leur vie et même le transmettre à leurs descendants. Pourquoi cet état latent ? Parce qu'un bacille ne peut développer une maladie, qu'autant qu'il rencontre le *bouillon de culture*, le *terrain* qui lui convient. Tant que cette condition n'existe pas, le bacille reste à l'état latent. Mais si, par des circonstances hygiéniques ou pathologiques déterminées, ce terrain vient à se former, le bacille entre en activité et la maladie se développe.

Ces conditions d'hérédité de la tuberculose ne sont bien connues que depuis des expériences toute récentes ; mais ce qui se passe pour l'hérédité de la syphilis et de la lèpre aurait pu les faire pressentir. Dans la lèpre, le bacille est également transmissible par le père et par la mère. Les mêmes faits s'observent dans la syphilis, quoiqu'on n'ait

pas encore trouvé son microbe. Les lois qui régissent l'hérédité de la tuberculose n'ont donc rien d'exceptionnel.

De ces expériences et de ces faits, nous conclurons que l'hérédité est de beaucoup le mode le plus fréquent de la transmission de la tuberculose.

3° *Traitement.* — Comme traitement nous n'avons pas l'intention de toucher à la thérapeutique pharmaceutique.

Nous nous étendrons longuement, au contraire, sur les questions d'hygiène ; sur le rôle de la cure d'air dans les altitudes pour le traitement de la tuberculose pulmonaire, et sur celui de la cure d'air marin pour la tuberculose non pulmonaire. Nous examinerons les règles qui doivent régir l'alimentation et les exercices dans chaque cas particuliers.

Nous terminerons par l'étude de la sérumthérapie au point de vue prophylactique et thérapeutique.

Dr P. Jousset.

NÉCROLOGIE

Dr Espanet

Au nom de l'amitié qui m'unissait à Espanet (1) depuis mon enfance, je viens rendre un dernier devoir à celui qui fut pour nous un exemple de loyauté, de courage et d'abnégation.

D'un esprit fin et ouvert, Espanet arriva très jeune au doctorat après avoir été interne des hôpitaux, après avoir fait la campagne de 1870 comme engagé dans les ambulances : il n'avait alors que 18 ans. Il supporta les fatigues de la campagne, passa en Suisse et, malgré son jeune âge, sut se faire apprécier partout.

Ce courage qui le porta sur les champs de bataille ne l'a jamais quitté. Plus tard, malgré les nombreux camarades qui avaient puisé à la même source que lui la science médicale, il sut hautement manifester sa foi à la nouvelle thérapeutique dont il avait apprécié les ressources.

Observateur sagace, chercheur judicieux, pondéré, il était servi par cette intelligence qui voit juste au lit du malade, qui sait réconforter d'un mot et tirer parti de tout.

Espanet était un modeste, mais sous sa complexion délicate battait un cœur loyal et une énergie virile. Miné depuis des années par le mal qui l'enlève à l'affection des

(1) Allocution prononcée sur la tombe du Dr Espanet.

siens, il a lutté jusqu'au dernier jour avec un courage rare : hier encore il remplissait sa tâche.

Cette mort est une grande perte pour sa famille. C'en est une pour ses amis habitués à trouver en lui aide et bienveillance.

Espanet a honoré par toutes les qualités du médecin et de l'homme privé la carrière qu'il a parcourue ; attaché à ses devoirs il meurt sur la brèche emportant les regrets et l'estime de tous.

Dr DANIEL.

VARIÉTÉS

L'ŒUVRE DU TOMBEAU DE HAHNEMANN.

16e liste de souscription.

Souscriptions envoyées par la pharmacie homœopathique Costa, à Lisbonne.

	Francs.
M. le Dr J. M. Bivar de Paula Robertes (2.600 reis)	10 »
M. le Dr Joao Rort	10 »
M. le Dr C. L. Lopez Monteiro	10 »
M. le Dr Antonio Ferreira dos Santos Vasconcellos	10 »
Francisco Jose da Costa	10 »
M. le Dr Joao Marques da Costa	10 »
M. le Dr Rebello da Silva	10 »

Souscriptions envoyées par la pharmacie Piotruzinski à Paris (3e versement)	14 50
M. Béchu, à Paris (2e versement)	20 »
M. le Dr J. P. Tessier.	20 »
	124 50
Listes précédentes.	15.133 90
Total. . .	15.259 90

Avis : La souscription sera close au mois de juillet prochain.

CONGRÈS HOMŒOPATHIQUE INTERNATIONAL DE 1900

La date du Congrès international homœopathique vient d'être définitivement fixée, de concert avec les délégués du gouvernement.

Il se tiendra dans une salle du Palais des Congrès, à l'Exposition de 1900, du 18 à 21 juillet.

TABLE DES MATIÈRES

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE	NOSOGRAPHIE
ANATOMIE	ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE	SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

QUARANTE-CINQUIÈME ANNÉE
TOME LXXXIX

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
241, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 241

1899

L'ART MÉDICAL

JUILLET 1899

MATIÈRE MÉDICALE

ACTION DU SÉRUM D'ANGUILLE SUR LES ANIMAUX A SANG CHAUD.

M. Mosso a attiré tout particulièrement l'attention des physiologistes sur l'action du sérum d'anguille. Il a démontré la grande analogie d'action qui existe entre ce sérum et le venin de vipère. Et, démontrant une fois de plus l'excellence de la loi de similitude, pour découvrir les médicaments curatifs ou vaccinants, il a réussi à immuniser les animaux à sang chaud contre l'action du venin de vipère en les inoculant préalablement avec le sérum d'anguille. Pour pratiquer cette vaccination, Mosso atténuait en quelque sorte le sérum d'anguille en l'exposant à une température de 60°. Cette température fait perdre au sérum d'anguille ses propriétés nocives, tout en lui conservant ses propriétés vaccinantes.

Dans le travail que nous publions aujourd'hui, nous ne traiterons pas la question de vaccination, mais nous étudierons aussi complètement que possible les symptômes et les lésions produites par le sérum d'anguille non atténué injecté dans les veines du lapin, pour fixer les indications thérapeutiques de ce liquide dans le traitement des maladies.

Des expériences déjà nombreuses ont été faites en particulier par M. Phisalix, et nous utiliserons dans ce travail les résultats qu'il a obtenus.

MM. Mosso et Phisalix enseignent que l'action du sérum d'anguille est comparable, non pas à un venin quelconque, mais au venin de la vipère.

C'est Cuningham qui a divisé les serpents venimeux, au point de vue des symptômes qu'ils produisent, en deux grandes classes : les *Colubridés* et les *Vipéridés*.

Le venin des Vipéridés avec lequel on a comparé le sérum d'anguille, provoque des convulsions précoces, la destruction des globules rouges, les hémorrhagies, en particulier l'hémoglobinurie et l'albuminurie. L'hypothermie est encore une ressemblance observée entre l'envenimation produite par les Vipéridés et l'action constante du sérum d'anguille.

Les expérimentateurs qui nous ont précédé ont administré au lapin et au cobaye des doses relativement fortes et, chez ces animaux, la survie observée a varié de quelques minutes à quelques heures. C'est seulement dans un petit nombre de cas que la survie a été de plusieurs jours. Tous ont observé un certain nombre de symptômes et de lésions qu'on peut appeler caractéristiques de l'action du sérum d'anguille sur les animaux à sang chaud.

M. Mosso signale le ralentissement des battements du cœur suivi bientôt d'une accélération.

M. Bardier signale un ralentissement des battements du cœur au bout de deux minutes, de l'arythmie, de la diminution de l'énergie des contractions cardiaques et, après quelques minutes, le retour à l'état normal.

L'action dissolvante du sérum d'anguille sur les glo-

bules rouges est notée par tous les expérimentateurs. Cette action est tellement rapide, qu'on a pu constater l'hémoglobinurie chez des cobayes qui n'avaient survécu que trois minutes et demi à l'injection de sérum d'anguille. (*Archives de pharmacodynamie*, p. 257.)

Les auteurs ont signalé des paralysies siégeant sur le train postérieur, d'autrefois des convulsions et enfin dans d'autres cas l'alternance de ces deux symptômes; les convulsions étant surtout produites par les doses fortes. La dyspnée, la salivation, le myosis et le larmoiement ont encore été signalés.

Nous avons expérimenté le sérum d'anguille sur deux lapins dont nous allons rapporter l'histoire.

Pour recueillir le sérum d'anguille, nous découvrons le cœur de l'animal et, une fois que le péricarde a été incisé, l'aorte apparaît sous forme d'un cordon blanchâtre. Des tubes de verre coudés, effilés par un bout, bouchés par l'autre avec de la ouate et stérilisés sont introduits directement dans la cavité du vaisseau. Le sang pénètre dans le tube à chaque contraction cardiaque. Le sérum se sépare du caillot au bout de quelques heures et peut être conservé dans un endroit frais pendant plusieurs jours.

L'examen histologique des lapins sacrifiés a été fait par M. Lefas, interne des hôpitaux, et a été communiqué à la Société anatomique.

Première expérimentation. — Le 19 mars 1899, on injecte à un lapin III gouttes de sérum d'anguille diluées dans XVIII gouttes d'eau salée. L'injection a lieu à 11 heures du matin. Avant l'injection, les battements cardiaques étaient au nombre de 148 par minute. Après l'injection les pulsations ne sont plus que de 108.

Le 20 mars, les urines sont analysées, elles contiennent de l'albumine et du sang. Le lapin a du larmoiement.

Le 21. Température 40°, pulsations 148. A 10 h. 4 m. du matin, injection dans la veine marginale de l'oreille du lapin de III gouttes de sérum d'anguille. A 10 h. 8 m. pulsations, 136. A 10 h. 14 minutes température 39°; 10 h. 24 minutes, 128 pulsations; 10 h. 45 minutes, 120 pulsations; 10 h. 59 minutes, 116 pulsations. Dans l'espace de près de 1 h. 55 minutes exactement, le pouls est donc tombé de 148 à 116, le nombre des battements a diminué de près d'un quart (32).

Le 23. Avant l'injection: température 39°7, pulsations 148. L'injection a lieu à 11 h. 13 minutes, 5 minutes après les pulsations tombent à 122. Leur nombre augmente ensuite progressivement, et au bout de 3 minutes on en compte 144. Le lapin a des tremblements. La température prise 15 minutes après l'inoculation est de 39°.

Le 24. On examine à nouveau les urines, elles contiennent de nombreux éléments du rein et très peu de globules sanguins.

Le 25. La température du lapin est de 39°7, les pulsations sont au nombre de 144. A 10 h. 34 minutes on pousse dans sa veine une injection de IV gouttes de sérum d'anguille, 10 minutes après les pulsations sont tombées à 136. Leur nombre augmente ensuite et au bout de 10 minutes on en compte 140.

Le 27. Avant l'injection: température, 39°7; pulsations, 156; respiration, 26. Injection à 11 h. 21 minutes; 3 minutes après, respiration 40; pulsations 160; 6 minutes après l'injection: respiration, 36; pulsations, 132. A 11 h. 31 minutes, respiration, 27; pulsations, 132. A

11 h. 36 minutes, respiration, 24 ; pulsations, 140. L'injection avait été de V gouttes de sérum d'anguille.

Le 29. Nouvelle injection à 11 h. 45 minutes du matin. Température avant l'injection 38°8 ; battements, 144 ; 15 minutes après les battements sont de nouveau à 144.

Le 1er avril. Température 39°7. A 11 h. 20 minutes injection de V gouttes de sérum ; 2 minutes après les pulsations sont au nombre de 160 et au bout de 5 minutes elles tombent à 144.

Le 3. Température avant l'injection, 40° ; pulsations 148. L'injection a lieu à 11 h. 15 minutes ; 5 minutes après les pulsations sont tombés à 144 et s'y maintiennent pendant 5 autres minutes.

Depuis le 1er avril, le lapin urine plus abondamment et plus souvent.

Le 11. Diarrhée. Les urines diminuent.

Le 12. Injection de X gouttes de sérum d'anguille.

Le 13. Mort du lapin.

Examen histologique.— Des fragments du foie, du rein et du cœur de ce lapin furent immergés dans l'acide osmique : ce dernier a comme propriété spéciale de ne pas colorer les tissus mais de réduire simplement au contact des molécules graisseuses qu'elle transforme sur place en particules noir intense. Or, dans le cas qui nous occupe, la graisse qui existe à l'état normal en quantité minime dans les organes du lapin, notamment dans le foie, ne présentait pas d'augmentation : il n'y avait donc dans ces organes ni surcharge ni dégénérescence graisseuse : cette dernière est fréquente et presque banale dans les maladies chronique, la tuberculose par exemple.

D'autres fragments des mêmes organes de l'animal,

fixés et conservés dans l'alcool, furent débités en coupes minces et colorés par les réactifs usuels de laboratoire. On constata dans chaque organe les lésions suivantes :

1° *Foie*. Il est très malade. On constate près des veines sus hépatiques des îlots de nécrose de coagulation. La nécrose indique la mort locale des éléments anatomiques (1) : ce terme est opposé à celui de dégénérescence dans lequel la cellule souffre mais est encore capable de remplir plus ou moins ses fonctions et est susceptible de régénération.

La nécrose de coagulation est fréquente dans les maladies infectieuses à forme rapide : elle est due à l'action des poisons microbiens agissant directement sur les cellules par voie sanguine.

Dans le reste du foie on voit aussi à côté des îlots précédents, des cellules hépatiques reconnaissables, mais présentant un début de nécrose de coagulation, ou encore atteintes de dégénérescence vacuolaire ou hydropique : cette dernière s'observe également mais moins souvent que la nécrose dans les maladies infectieuses aiguës, et dans les lésions inflammatoires (cancer par exemple) ; on voit alors dans les cellules ces vésicules claires occupant le noyau ou le corps des cellules : c'est un véritable œdème local de la cellule.

Dans le foie de ce lapin on voit encore dans de rares points des noyaux en voie de division, indice d'une ébau-

(1) La gangrène n'est qu'une forme de la nécrose : la forme sèche répondrait à la nécrose indirecte par insuffisance d'afflux sanguin, la forme humide à la nécrose directe microbienne. Le terme de gangrène fait concevoir une grande étendue de tissus frappés, tandis que le mot nécrose s'applique plus volontiers à des lésions peu étendues, souvent microscopiques.

che de lutte de la cellule contre la dégénérescence, mais arrêtée par le fait de la rapidité d'action du poison.

Un léger degré de sclérose existe dans les espaces portes : la sclérose consiste en hypertrophie du tissu conjonctif existant normalement en petite quantité à ce niveau : c'est une forme de l'inflammation subaiguë.

2° *Rein*. On y retrouve des lésions de nécrose dans les glomérules vasculaires du rein, ainsi qu'une multiplication inflammatoire des noyaux des vaisseaux sanguins de ces glomérules.

Dans les tubes du rein on voit des lésions de nécrose analogue assez avancées.

Ces lésions expliquent parfaitement l'albuminurie qu'a présenté le lapin.

Nous n'avons pas vu d'hémorrhagies dans le rein, dans les parties soumises à l'examen.

3° *Cœur*. Il ne présente peu de lésions bien appréciables ; peut-être en quelques points bien limités, existe-t-il un début de dégénérescence hydropique.

Réflexions. — Cette expérimentation confirme les faits antérieurement publiés : l'hémoglobinurie rapide, la présence de l'albumine en quantité considérable (2 grammes par litre), la présence d'éléments du rein, l'anurie se prolongeant vingt-quatre et trente-six heures, et enfin les lésions du rein démontrent l'action élective du sérum d'anguille sur le rein et peuvent conduire d'après la loi de similitude à des applications thérapeutiques précieuses.

Les doses très petites et peut-être une action relativement faible du sérum d'anguille recueilli en hiver, ne nous ont pas permis d'observer un degré considérable des troubles convulsifs et paralytiques notés par d'autres expérimentateurs.

Par contre, l'abaissement de la température a été constant, et les injections tous les deux jours de III, IV et V gouttes de sérum nous ont donné une action assez constante sur le nombre des pulsations cardiaques. Cette action a été une diminution dans le nombre des pulsations, avec cette remarque que cette diminution du nombre des battements du cœur a décru à chaque nouvelle injection. Après la 1re injection, la diminution était de 40 pulsations, après la 2e de 28, après la 3e de 26, après la 4e de 8; si enfin elle est remontée à 24 après la 5e, c'est que la dose du sérum a été portée de III gouttes à V gouttes. Dans la 7e et dernière injection, les pulsations ont d'abord augmenté de 16 pour revenir au nombre primitif au bout de quelques minutes. En sorte que, il se fait une sorte d'accoutumance par les injections successives.

Nous appelons tout particulièrement l'attention du lecteur sur les lésions si remarquables observées dans le foie, lésions qui rapprochent l'action du sérum de celle des toxines morbides les plus graves et en particulier des lésions du foie observées dans le choléra.

Deuxième expérimentation. — Le 31 mai, à 10 h. 48 minutes, on pousse dans la veine marginale de l'oreille du lapin une injection de V gouttes de sérum d'anguille. La température de l'animal avant l'injection était de 39°5 et son cœur battait 176 fois par minute. A 10 h. 50 minutes on ne compte plus que 156 pulsations dont le rythme est irrégulier. Le lapin a des convulsions spontanées six minutes après l'injection ; 144 battements. A 10 h. 58 minutes, le nombre des pulsations augmente, il est de 172. Les battements deviennent plus faibles à mesure qu'ils se précipitent et à 11 heures on inscrit 240 pul-

sations ; la température est en même temps descendue, elle est à 37°. Neuf minutes après, le nombre des battements a de nouveau diminué, on n'en compte plus que 168. Trois minutes après, 156. Enfin, à 11 h. 42 minutes, le pouls est remonté à 174. La température se maintient à 37°. Le lapin a du larmoiement et de la paraplégie des membres postérieurs. L'urine recueillie dans la journée, et analysée, contient de l'albumine, environ 2 grammes par litre, et des éléments du rein : quelques cylindres.

Le 2 juin, nouvelle injection de V gouttes à 10 h. 28 minutes.

Avant l'injection, battements 144 ; respirations, 56 ; température 39°. Deux minutes après 192 pulsations. A 10 h. 32 minutes, le nombre des respirations n'est plus que de 44, et à 10 h. 35 on ne compte plus que 168 battements. Vingt minutes après les pulsations sont tombées à 128 pour monter, à 11 h. 25 minutes, à 144, même nombre qu'avant l'injection.

Le 3, on constate que le lapin n'a pas uriné, qu'il mange très peu et que le nombre de ses battements cardiaques est resté le même, 144.

Le 4, on analyse de nouveau les urines, on trouve des traces d'albumine et des débris rénaux très rares.

Le 5, avant l'injection : pouls 156 ; respirations, 60. A 9 h. 17, on injecte VI gouttes de sérum d'anguille ; 3 minutes après le pouls est monté à 168.

Le 6, le lapin continue à manger peu ; les urines contiennent toujours de l'albumine.

Le 8, l'albumine a disparu.

Le 10, à 10 h. 45 minutes, injection de XII gouttes. Pouls avant l'injection 160. Deux minutes après le pouls

est à 220. A 11 heures, il est redescendu à 148. L'urine ne contient pas d'albumine.

Le 12, à 10 h. 40 minutes, injection de XIV gouttes. Avant l'injection le pouls était à 180, cinq minutes après il était descendu à 160 et, au bout de dix minutes, il n'était plus que de 144.

Le lapin est resté vingt-quatre heures sans uriner.

Le 14, on constate à nouveau de l'albumine dans les urines.

Le 16, injection de VIII gouttes. Pouls avant l'injection, 144. Dix minutes après l'injection les battements s'élevaient à 204, pour tomber au bout de 5 minutes à 180.

Deux jours après l'injection, le lapin reste vingt-quatre heures sans uriner. Ses urines ne contiennent plus d'albumine ; il continue à manger très peu.

Le 20, le lapin est sacrifié et autopsié.

Réflexions. — Dans ce second fait, nous n'observerons par la même régularité dans l'action du sérum sur la circulation que dans le premier. La différence dans les résultats tient à ce que les doses injectées ont été plus fortes, à ce que le sérum recueilli dans la saison chaude était probablement plus actif. Enfin il faut dire encore les différences provenant d'un organisme plus ou moins résistant.

La première injection pratiquée chez un animal, à la dose de V gouttes d'un sérum très actif, nous a donné des résultats très réguliers. Les pulsations étaient au nombre de 176, au moment de l'injection ; au bout de deux minutes elles étaient tombées à 156 avec des arythmies ; après six minutes elles tombaient à 144 ; au bout de dix

minutes elles remontaient au point de départ et, deux minutes après, elles atteignaient le chiffre considérable de 240 par minute, en même temps qu'elles devenaient très faibles.

A la vingtième minute, elles recommençaient à descendre, atteignaient de nouveau 156, puis au bout d'une heure le nombre des pulsations était 174, presque comme au début.

La température, qui était de 39°5 avant l'injection, tomba à 37.

Dans la 2e injection, de V gouttes aussi, pratiquée deux jours après, le nombre des pulsations qui était de 144 s'éleva à 192 au bout de deux minutes pour tomber à 128 au bout d'une demi-heure. Au bout d'une heure le chiffre de 144 reparaissait comme au début.

Une 3e injection de VI gouttes pratiquée trois jours après, ne fut pas suffisamment observée pour que je puisse en rapporter les résultats.

Une 4e injection pratiquée cinq jours après avec XII gouttes, le nombre des pulsations étant à 160, donna au bout d'un quart d'heure une diminution de 12 pulsations, mais, fait remarquable, cette diminution a été précédée dès la 2e minute d'une accélération exprimée par le chiffre de 220.

Une 5e injection de XIV gouttes pratiquée deux jours après, amena au bout de dix minutes une diminution de 36 pulsations.

Une 6e injection de VIII gouttes produisit une accélération notable sans diminution.

L'irrégularité des résultats obtenus dans les dernières injections peut tenir au mode même des injections qui furent faites dans le tissu cellulaire, les veines marginales

de l'oreille étant devenues imperméables. Néanmoins, la 1re injection nous donna une diminution de 32 pulsations, la 2e de 16, et la 3e de 12, résultats comparables à ceux fournis par la première expérience.

Nous attirerons encore l'attention du lecteur sur l'abaissement très notable de la température, sur les convulsions générales suivies de paraplégie passagère, sur l'hémoglobinurie, l'albuminurie, l'anurie, symptômes produit la première expérience.

M. Lefas n'a pas encore complété son examen histologique. Il pense cependant, après un commencement d'examen, que les résultats sont très comparables avec ceux offerts par le premier lapin.

Applications cliniques. — Le temps nous a manqué pour une sérieuse application du sérum d'anguille au traitement des maladies. Nous nous réservons de traiter ce côté de la question dans un autre travail. Rappelons seulement que l'albuminurie, et surtout l'albuminurie récente avec hémoglobinurie, est un symptôme constant et précoce de l'envenimation par le sérum d'anguille ; il faut y ajouter l'oligurie et l'anurie. Enfin la diminution du nombre des battements du cœur, leur arythmie et l'abaissement notable de la température achèvent de caractériser la physionomie de ce médicament.

Dr P. Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

UN CAS DE GOITRE EXOPHTHALMIQUE CAUSÉ PAR LA THYROIDINE

Dans un travail d'ensemble paru dans ce journal sous le titre de *Pathogénésie de la thyroïdine*, j'ai relaté un certain nombre de symptômes produits par ce poison, symptômes qui pouvaient être rapportés au goître exophthalmique et au diabète.

Je m'empresse de reproduire aujourd'hui une observation très intéressante que j'emprunte à la *Gazette des hôpitaux* (1), observation d'un empoisonnement thyroïdien simulant complètement la maladie de Basedow.

Voici cette observation :

Le Dr A. V. Notthaft publie une observation très curieuse de goître exophthalmique survenu à la suite de l'ingestion de thyroïdine à doses exagérées. Le patient, qui voulait maigrir (il pesait 220 livres) absorba, dans l'espace de six semaines, sans consulter de médecin, environ 1.000 tablettes d'une préparation anglaise de corps thyroïde (tablettes contenant 3 grammes de thyroïdine). Le malade maigrit, dans ce court laps de temps, de 30 livres, mais, au moment où il maigrissait le plus, survinrent du gonflement du cou, des battements de cœur, de la toux et de l'insomnie. Le 15 janvier 1897, après l'absorption des 1.000 tablettes, le malade, vu par Notthaft, présentait

(1) N° du 24 juin.

une exophtalmie et un tremblement très marqués ; le pouls battait à 120 par minutes, le cou était gros sans que le corps thyroïde parût particulièrement affecté, le tremblement de la langue si fort, qu'il pouvait se comparer à celui que présentent certains malades atteints d'affection cérébrale. Les urines contenaient du sucre (1 p. 100), étaient abondantes (3 litres et plus par jour) ; le patient avait une soif ardente.

La suspension de la thyroïdine aussitôt recommandée par le médecin, amena une amélioration dans l'état général ; au bout de quinze jours, le sucre avait disparu dans ses urines ; la polyurie et la polydipsie s'atténuaient à peu près en même temps. Au bout d'un mois, le cœur ne battait plus qu'à 80 ou 90, le tremblement avait cessé. Le gonflement du cou et l'exophtalmie persistèrent près de six mois, puis disparurent peu à peu ; en octobre 1897, il n'en existait plus trace ; le malade avait reconquis 10 livres de poids.

L'intérêt de cette observation n'est pas discutable : elle peut servir à la démonstration de l'origine glandulaire du goître exophtalmique ; elle montre que la simple ingestion des extraits de cette glande paraît capable de le déterminer.

Elle montre encore une fois de plus les dangers d'une médication thyroïdienne non surveillée, où les doses et la susceptibilité particulière du malade ne sont pas mesurées.

Il nous paraît aussi ressortir de ce tableau clinique que l'amaigrissement produit par la médication thyroïdienne pourrait bien n'être qu'une conséquence d'un certain degré d'intoxication. Il est en effet assez curieux de trouver signalée par Notthaft la présence du sucre dans l'urine de

son client. L'amaigrissement, dans le cas particulier, n'aurait-il pas été le fait du diabète créé par les extraits thyroïdiens ingérés en excès et, par suite, ne devrait-il pas être considéré comme un signe morbide ? (*Centralbt. f. Inn. Med.*, 1898, observ., p. 350 et passim.).

Ce fait est d'autant plus intéressant pour nous, que nous avons obtenu des résultats très remarquables avec la thyroïdine employée à doses infinitésimales dans le traitement de la maladie de Basedow.

Certains confrères allopathes, Voisin en particulier, ont publié des résultats satisfaisants de l'emploi du corps thyroïde à doses pondérables, mais faibles, contre la même maladie.

Dr MARC JOUSSET.

THÉRAPEUTIQUE

DES LAVEMENTS ALIMENTAIRES.

Dans un certain nombre de cas, que nous passerons en revue plus loin, principalement dans l'ulcère de l'estomac, on peut se trouver réduit à soutenir les malades par l'alimentation rectale. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la valeur des lavements alimentaires.

Nous reproduisons ici une partie d'un article d'ensemble sur la question, publié tout dernièrement (1), article qui

---

(1) ROUX: *Gazette des hôpitaux*, 27 mai.

nous donnera des aperçus très intéressants sur la valeur des lavements alimentaires, sur leur composition et sur leurs indications.

VALEUR DES LAVEMENTS ALIMENTAIRES. — Les recherches physiologiques sur des individus portant une fistule à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle ont permis de constater que les matières fécales ne contiennent alors presque plus de substance absorbable ; en somme, que l'absorption se faisait presque complètement au niveau de l'intestin grêle.

Le gros intestin n'absorbe-t-il donc pas?

L'expérience nous a pourtant démontré que les solutions salées injectées dans le gros intestin sont absorbées, puisque la diurèse en est augmentée ainsi que la teneur des urines en chlorure de sodium ; nous savons aussi que les substances toxiques sont plus vite absorbées par le gros intestin que par l'estomac.

Le gros intestin absorbe les aliments :

Une expérience curieuse de Filippi tranche nettement cette question par l'affirmative : cet auteur a publié l'observation d'une chienne à laquelle il avait réséqué 1 m. 90 d'intestin grêle : il ne restait plus à l'animal que 25 centimètres d'intestin grêle entre l'estomac et le gros intestin. Or, malgré cela, la chienne a pu survivre parfaitement, elle a même eu une portée, et a mis bas plusieurs petits bien développés : les matières fécales étaient peu modifiées ; la proportion d'hydrate de carbone et d'azote était normale ; la seule différence portait sur la *graisse*, qui était absorbée en moins grande quantité, il en passait 19 p. 100 dans les fèces. Donc, sur cet animal, le chyme intestinal arrivant dans le gros intestin presque directe-

ment à la sortie de l'estomac, était à peu près aussi bien utilisé qu'à l'état normal.

L'absorption du gros intestin doit être étudiée séparément pour les *matières albuminoïdes*, les *hydrates de carbone* et les *graisses*.

1° *Absorption des matières albuminoïdes.* — Les méthodes auxquelles on a recours pour apprécier la quantité d'azote absorbée sont plus ou moins compliquées. La plus simple, employée par Voit et Bauer, consiste à faire jeûner l'animal pendant quelques jours, jusqu'à ce qu'il s'établisse une excrétion quotidienne régulière d'urée. Alors on injecte une certaine dose d'albumine dans le gros intestin, et l'on voit dans quelle mesure la quantité d'urée excrétée augmente. Les deux auteurs ont employé comme lavements alimentaires, soit des œufs crus, soit du suc de viande, soit des peptones qu'ils préparaient eux-mêmes. Ils opéraient sur des chiens. Ils ont vu que l'albumine d'œuf n'est résorbée qu'autant qu'on ajoute une certaine quantité de chlorure de sodium. Sous cette condition, un lavement alimentaire comprenant 400 *grammes* d'œuf amène une augmentation de l'excrétion d'urée de 2 à 5 grammes. Une quantité assez considérable de suc de viande (630 grammes) contenant 38 grammes d'albumine augmente de 9 grammes l'urée de l'urine, ce qui correspond à une absorption de 27 grammes d'albumine sur 38. Quant aux peptones, après une injection rectale de 39 grammes de peptone sèche, il y a une augmentation de 8 grammes d'urée.

Somme toute, d'après Voit et Bauer, la muqueuse du gros intestin absorbe bien les albumines, mais en quantité insuffisante. Dans les conditions les plus favorables,

ils n'ont pu introduire que le *quart des albumines nécessaires à la vie*, lorsqu'on donne en même temps des substances hydrocarbonées et des graisses.

Leube a plus ou moins modifié ce procédé. Il donne à l'animal une nourriture exactement déterminée, et dose dans l'urine l'excrétion d'urée correspondante : il supprime alors les aliments azotés donnés par la bouche, et les introduit par le rectum ; il peut noter alors, en dosant l'urée de l'urine, la valeur de l'absorption par le gros intestin, et la comparer à l'absorption des substances introduites par la bouche. Il employait un lavement composé de viande crue et de pancréas hachés et réduits en bouillie. Dans ces conditions, l'absorption par le gros intestin paraît avoir été plus considérable que dans les expériences de Voit et de Bauer. L'homme sur lequel il faisait des expériences excrétait 40 grammes d'urée par jour par l'urine; or, s'il supprimait la viande de son alimentation et l'introduisait en lavement par le rectum, la quantité de l'urée contenue dans l'urine variait peu; le premier jour il y avait 33 grammes d'urée excrétée, le second jour 39 grammes, soit la proportion d'urée habituelle.

Catillon a fait des recherches semblables, mais avec la peptone, et il a constaté également que la quantité d'urée restait la même, que l'on prît les peptones par la bouche, ou en lavement par le rectum.

Enfin, on peut employer un procédé plus complexe. On met le sujet en équilibre azoté, de façon à ce qu'il excrète par les fèces et les urines une quantité d'azote égale à celle qu'il ingère par la bouche : lorsque l'on donne un lavement alimentaire, il suffit de noter comment se modifie la quantité d'azote que l'on trouve dans les

matières fécales et dans l'urine, et l'on peut juger exactement de la valeur de l'absorption. Huber a eu recours à cette méthode, il l'a appliquée à l'étude de l'absorption du gros intestin chez l'homme normal. Il a constaté ainsi, sur trois sujets, que le gros intestin absorbe de 25 à 35 p. 100 de l'azote des œufs crus, environ 70 p. 100 de l'azote des œufs additionnées de chlorure de sodium, et enfin près de 75 p. 100 de l'azote des œufs peptonisés avec la pepsine et l'acide chlorhydrique.

2° *Absorption des amylacés.* — Voit et Bauer ont constaté sur l'animal que les substances amylacées introduites dans le gros intestin étaient parfaitement absorbées. Un lavement d'amidon qui séjourne vingt-quatre heures dans le gros intestin est absorbé complètement; il est impossible de trouver dans les matières fécales émises ensuite, la moindre quantité de substance hydrocarbonée saccharifiable par l'acide sulfurique.

Avant d'être absorbé, l'amidon est transformé en sucre; une heure après qu'on a introduit le lavement, si l'on va en prend un échantillon avec une seringue, on retire un liquide qui réduit la liqueur de Fehling. Si la quantité d'amylacés est trop considérable, le sucre est produit en telle quantité, qu'il irrite l'intestin, provoque des coliques et de la diarrhée. Cet accident apparaît lorsque la teneur en sucre du contenu intestinal est de 20 p. 100.

Aldor a pu vérifier chez l'homme que, lorsqu'on donne un grand lavement de lait, la lactose est la substance la plus rapidement et la plus complètement absorbée.

3° *Absorption des graisses.* — Les expériences de Voit et Bauer ont établi qu'il n'était absorbé qu'une très petite quantité de graisse dans le gros intestin.

Les autres auteurs sont arrivés à des conclusions analogues.

En résumé, nous voyons que sur l'animal sain ou sur l'individu normal, l'absorption des hydrates de carbone est très complète ; mais elle est limitée par ce fait qu'une trop forte proportion de sucre dans l'intestin provoque de la diarrhée.

L'absorption des matières albuminoïdes est également assez élevée ; mais, d'après Voit et Bauer, elle est insuffisante pour suffire à la nutrition de l'animal. (Il faut mettre à part les expériences de Leube où l'absorption paraît avoir été beaucoup plus considérable.)

Quant à la graisse, elle est à peine résorbée.

On peut donc conclure que, même à l'état normal, l'alimentation exclusive par le rectum est impossible.

Amaigrissement des malades soumis a l'alimentation rectale exclusive. — Il existe peu d'observations cliniques où les poids ont été indiqués avec détails ; la plupart appartiennent à la thèse de Gros (1).

Or, il ressort des observations, qu'il existe deux groupes de cas bien tranchés : tantôt les lavements ne font qu'arrêter plus ou moins l'amaigrissement, tantôt ils suffisent à maintenir le poids des malades pendant un long espace de temps.

Voici d'abord les cas où l'amaigrissement a été fort peu retardé :

1° Ulcère de l'estomac, hématémèse. En huit jours,

(1) Traitement de certaines maladies de l'estomac par des lavements alimentaires. Thèse de Gros, 1898.

perd 5 kilogrammes, soit 625 grammes par jour (Thèse de Gros, p. 142).

2° Périgastrite ancienne. Neurasthénie. En dix jours, perd 4 k. 30, soit 430 grammes par jour (Thèse de Gros, p. 164).

3° Hyperchlorhydrie, ulcère, gastrite. En treize jours, perd 4 k. 900, soit 376 grammes par jour (Thèse de Gros, p. 142).

4° Ulcère probable de l'œsophage. En dix jours perd 3 k. 200, soit 320 grammes par jour (Thèse de Gros, p. 142).

5° Hyperchlorhydrie ancienne, ulcère probable, pas de stase. Le malade mis pendant dix-huit jours aux lavements alimentaires perd 4 k. 550 les neuf premiers jours soit 505 grammes par jour et 2 k. 50 pendant les neuf seconds jours, soit 228 grammes par jour (Thèse de Gros, p. 168).

6° Hyperchlorhydrie, ulcère, perd 3 kilos en un mois, soit 100 grammes par jour (Thèse de Gros, p. 139).

Tous ces malades recevaient par jour six lavements alimentaires, composés de plusieurs jaunes d'œuf délayés dans du bouillon ou du lait salé.

7° La malade de Fiechter (1), ulcère de l'estomac, recevait chaque jour 200 grammes de viande et de pancréas mêlés, en lavement : en vingt-deux jours, elle perdit 6 livres, soit 168 grammes par jour.

8° Enfin il nous faut citer ici les résultats obtenus par Ratjen (2). Il a traité par les lavements alimentaires 55 malades atteints d'ulcère de l'estomac. Chaque lave-

(1) *Correspond. Schw. Aertze* 1875.

(2) *Deut. med. Woch.* 1896.

ment contenait deux jaunes d'œuf et 250 grammes de lait : le malade recevait trois lavements par jour et restait dix jours au jeûne absolu. « La perte de poids pendant les dix jours de la cure, dit Ratjen, était en moyenne de 6 livres 1/2, soit de 320 grammes par jour. »

Dans ces cas l'absorption a été insuffisante pour maintenir la nutrition normale et empêcher l'amaigrissement.

Voici maintenant trois cas où l'amaigrissement a été très faible et dans un desquels même on a observé un peu d'engraissement.

1° Hyperchlorhydrie avec hypersécrétion ancienne. Crises douloureuses avec péristaltisme visible; dilatation énorme de l'estomac. Vomissements abondants. Pendant dix jours, le malade reste exclusivement aux lavements alimentaires et il perd 750 grammes de son poids, soit 75 grammes par jour (Thèse de Gros, page 134).

2° Hyperchlorhydrie, ulcère d'estomac, sténose relative au pylore par cicatrice d'ulcère, gastroptose et dilatation de l'estomac. La malade perd 1 kilogramme en trente-neuf jours soit 25 grammes par jour (Thèse de Gros, p. 152).

3° Hypersécrétion; ulcère de l'estomac. Sténose du pylore en grande partie spasmodique, mouvements péristaltiques visibles; grande dilatation de l'estomac; stase alimentaire. Vomissements abondants.

Le malade est mis à l'alimentation rectale exclusive, il perd d'abord en quatre jours 600 grammes soit 200 grammes par jour puis regagne 2.100 grammes dans les sept jours qui suivent et gagne ainsi 300 grammes par jour (Thèse de Gros, p. 149).

Nous devons conclure de ces divers faits que des lavements alimentaires ne peuvent donner que des résultats

relatifs et ne constituent qu'un moyen d'alimentation passager.

Composition des lavements alimentaires. — Il paraît établi par toutes les expériences que la présence du chlorure de sodium en favorise beaucoup l'absorption, quelle que soit leur composition.

Les aliments qui doivent entrer dans leur composition ont beaucoup varié.

Au début, en 1872, Leube préconisait les lavements de viande et de pancréas : on hachait 150 à 300 grammes de viande de bœuf avec 50 à 100 grammes de pancréas débarrassé de graisse; on réduisait le tout en bouillie dans un mortier, en ajoutant de l'eau tiède jusqu'à consistance molle. Leube ajoutait encore 25 à 30 grammes de graisses. Le lavement ainsi préparé était injecté dans le rectum. Leube a peu employé ce lavement sur les malades; par contre, Brown-Séquard, Mayet, Daremberg, l'auraient employé avec succès. Peut-être bien que cette variété de lavements alimentaires n'a pas été suffisamment étudiée; il se peut, en effet, que les lavements de viande et de suc pancréatique soient mieux utilisés dans le gros intestin que les lavements d'œufs ou de peptones, dont on s'est servi presque exclusivement depuis lors.

Ce sont des raisons théoriques qui ont surtout conduit à l'emploi de la peptone; on a voulu fournir ainsi au gros intestin des substances azotées, telles qu'elles pourraient normalement lui parvenir de l'intestin grêle. Voit et Bauer, Ewald, Huber ont, du reste, montré que les peptones peuvent être absorbées par le gros intestin, et qu'après un lavement de peptone, l'élimination de l'urée augmente.

La tendance actuelle est de donner des œufs.

Chaque auteur modifie un peu sa façon de faire suivant ses idées. En général, on dilue les œufs dans une petite quantité de lait; on ajoute aussi aux substances azotées une certaine quantité de graisse et de sucre de lait. M. Mathieu emploie en général les lavements aux œufs salés : pour les préparer, on bat soigneusement, jusqu'à ce que le blanc d'œuf ne file plus, trois œufs dans une petite quantité d'eau froide; on ajoute ensuite 250 grammes d'eau tiède ou de lait et 2 grammes de sel par œuf. On donne quatre ou cinq de ces lavements par jour. Pendant les premiers jours, il vaut mieux donner les œufs simplement délayés dans l'eau. On doit faire précéder l'introduction du lavement alimentaire d'un grand lavement évacuateur. On les introduit à l'aide d'une longue canule en caoutchouc; il vaut mieux ne pas employer l'irrigateur et se contenter d'un réservoir qu'on élève progressivement.

Plus récemment, Aldor a préconisé de grands lavements de lait; il en injecte lentement 1 litre dans le rectum; le malade le garde si on a soin de l'injecter assez haut, en introduisant par l'anus une sonde stomacale. Le lait serait très vite absorbé et, au bout d'une heure, on ne trouve plus dans le gros intestin aucune trace de lactose; quand à l'albumine, il en est absorbé 38 p. 100, et de la graisse, 95 p. 100.

Indication des lavements alimentaires. — Ils sont indiqués surtout lorsqu'il y a un obstacle passager et absolu à l'alimentation buccale.

Daremberg, il est vrai, a publié l'observation d'un malade atteint de sténose œsophagienne « infranchissable,

même aux liquides », et qu'il put nourrir *exclusivement*, avec des lavements de viande, d'œuf et de pain traités par la pepsine, puis par la pancréatine. « Cet homme a vécu quatorze mois, écrit-il, engraissant, marchant écrivant et fournissant 15 à 20 grammes d'urée par jour. Il s'est éteint doucement sans symptôme d'iritation du côté du rectum. » En admettant que ce malade n'a pas trompé la surveillance de son médecin, et qu'il n'a rien ingéré par la bouche, il faut avouer que cette observation est absolument isolée dans la science.

Tous les autres médecins ont considéré les lavements nutritifs comme un mode d'alimentation tout à fait temporaire : sept à huit jours en moyenne (Mathieu), dix jours (Ratjen), deux à trois semaines (Bontini), quinze jours à un mois (Tournier).

C'est dans le traitement de l'ulcère de l'estomac qu'on obtient par l'alimentation rectale les plus brillants succès. On l'a employée soit à la suite d'une grande hématémèse, soit dans l'ulcère chronique de l'estomac avec douleurs intenses. Dans tous les cas publiés par Tournier, Donkin, Ratjen, Wendt, Pommerais, les malades ont guéri rapidement : les douleurs cessent en peu de temps, et si l'alimentation rectale exclusive dure assez longtemps, une dizaine de jours au moins, les malades peuvent rapidement reprendre l'alimentation ordinaire : en ce qui concerne l'ulcère à marche rapide avec hématémèse, ce résultat est bien connu ; mais il est intéressant de savoir que Tournier a obtenu le même succès dans des cas d'ulcères chroniques, chez des malades qui souffraient depuis huit, dix et vingt-cinq ans.

Ils peuvent rendre quelques services passagers dans les sténoses du pylore, dans le cancer de l'estomac, dans les

vomissements incoercibles. Mais ils ne donnent dans ces cas que des résultats très passagers et très incomplets.

Dr MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

I. EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'ACIDE CACODYLIQUE ET DE SES DÉRIVÉS. — II. DIFFÉRENCE DES RÉSULTATS OBTENUS PAR LE SPHYGMOGRAPHE DE DUDGEON ET CELUI DE MAREY. — III. TRAITEMENT DES PLAIES PÉNÉTRANTES DE POITRINE. — IV. LA CRÉOSOTE A HAUTE DOSE DANS LA TUBERCULOSE. — V. DE LA VACCINOÏDE.

I

M. A. GAUTIER. — On sait depuis longtemps que l'arsenic a une action favorable dans la phthisie, l'anémie grave, l'adénie, l'impaludisme et les maladies de la peau. Mais il faut que cet agent précieux soit supporté : l'intolérance gastrique, la dyspepsie, les éruptions arsenicales, les paralysies musculaires, la stéatose généralisée, les troubles intestinaux sont les inconvénients de cette médication lorsqu'on la prolonge.

L'acide cacodylique est une substance qui a l'avantage de contenir 54,3 d'arsenic métallique pour 100 grammes, à l'état soluble et sous la forme organique. Ce corps est doué d'une innocuité absolue; avec lui disparaissent tous

les inconvénients de la méthode arsenicale habituelle et l'arsenic maniable sous cette forme latente organique devient un médicament d'une puissance surprenante.

L'acide cacodylique a été expérimenté dans les affections de la peau, dans les anémies, dans le diabète, mais c'est surtout son action contre la tuberculose qui a été étudiée par M. Gautier, M. Burlureaux et M. Roustan, de Cannes.

L'acide cacodylique doit être pur, bien exempt d'autres principes arsenicaux. Il ne doit pas être réduit à froid par le zinc métallique pur. Il doit être à peine acidulé, sans goût et presque sans odeur. Il faut le conserver à l'abri de l'humidité. Il est très soluble dans l'eau et bien cristallisé.

M. Gautier formule la solution à injecter de la manière suivante :

Acide cacodylique..................	5 gr.
Saturer exactement par le carbonate de soude.	
Chlorhydrate de cocaïne............	0 gr. 08
Créosote (dissoute en 8 gr. d'alcool)...	V gouttes.
Eau distillée bouillie..... q. s. pour	100 cc.

Cette solution contient 0 gr. 05 d'acide cacodylique par centimètre cube. Elle se conserve parfaitement grâce à la créosote qui n'est ajoutée que dans ce but.

Chez les tuberculeux, il vaut mieux employer le cacodylate de soude en injections hypodermiques que par la bouche.

Ne pas dépasser la dose de 0 gr. 10 d'acide cacodylique par jour. En moyenne 0 gr. 02 à 0 gr. 05 par vingt-quatre heures. Continuer ces injections sept à huit jours, laisser reposer huit à dix jours et recommencer. On se

guide en général sur l'appétit et la température. Si le premier faiblit et si la température monte il faut reprendre les injections.

Les arrêter dès que se produisent les signes de saturation : bouffées congestives, surtout à la face, essoufflement, élévation de température.

En même temps soumettre le malade au régime de l'hyperalimentation avec viande crue.

Choisir les aliments richement phosphorés et calciques, Pour le phosphore : poisson, cervelle, lait et surtout jaune d'œuf. Pour la chaux : légumes et pain. Eviter les phosphates, glycéro-phosphates et sirops phosphatés qui fatiguent l'estomac et ne sont que peu ou pas assimilés.

Avec ce régime et ces injections, M. Gautier a vu une amélioration assez rapide succéder à un état presque désespéré chez une tuberculeuse dont la température vespérale oscillait de 38°,3 à 38°,8 et le pouls de 112 à 120. Dès la troisième injection l'appétit renaissait sensiblement, les vomissements disparaissaient et les forces semblaient un peu remonter. Au bout de la 8e injection, les températures vespérales tombaient de deux dixièmes de degré, le sommeil devenait plus tranquille et le poids du corps augmentait proportionnellement à la chute de la température. En même temps que cette amélioration l'oreille constatait, après un an de traitement, le retour complet à l'état normal du côté droit et du côté gauche ; quelques râles humides sous l'aisselle et dans la fosse sous-scapulaire, disparition des râles cavernuleux siégeant à la région sous-claviculaire remplacés par le souffle scléreux indiquant en haut, et en arrière, la cicatrisation du poumon. Presque plus de toux et de crachats.

L'arsenic à dose thérapeutique rend plus puissante la

respiration, il active la vie du muscle, il rajeunit les cellules en excitant leur reproduction. Aujourd'hui où, grâce à sa forme organique, nous savons qu'il peut être facilement manié et toléré par l'économie, il est appelé comme excitateur de l'assimilation et de l'hématose à devenir un des plus puissants agents de la thérapeutique.

II

Le sphygmographe de Dudgeon est défectueux à cause de l'inertie du levier inscripteur. Il reçoit une impulsion du ressort en contact avec l'artère, se trouve projeté, comme d'un mouvement propre, au-delà du point où l'élevait la forme de l'impulsion pulsatile. Il en résulte des tracés à verticalité ascendante trop brusque, à sommet trop aigu (ce qui fait souvent croire à une insuffisance aortique qui n'existe pas). Les rebondissements secondaires de la ligne descendante sont constamment exagérés ou multipliés et le dicrotisme ou le polycrotisme appartient parfois à l'instrument et non au pouls lui-même.

Aussi ne doit-on pas se servir indifféremment d'un sphygmographe ou d'un autre et doit-on toujours spécifier l'appareil dont on s'est servi pour obtenir le tracé.

III

M. Delorme. — La plupart des plaies pulmonaires par les balles, surtout par les balles de revolver du commerce, par les armes blanches ou les instruments piquants et tranchants guérissent très simplement.

Leur thérapeutique, qu'elle s'adresse aux plaies simples ou aux plaies compliquées d'hémorrhagie, d'hémoptysies, d'hémothorax, d'hémopneumothorax, de la présence de

la balle comporte en première ligne *l'immobilisation générale et thoracique* et le pansement antiseptique, occlusif de la plaie ; en seconde ligne — et suivant la nature des accidents observés — l'emploi de la morphine, de l'éther, de la caféine, du sérum.

Les secousses et les efforts inséparables d'un transport à distance exposent, en effet, à des douleurs vives et à des accidents hémorrhagiques.

Dans les hémorrhagies pulmonaires sévères, dans les hémothorax graves, qui menacent l'existence, les moyens employés communément pour l'arrêt des hémorrhagies légères ou moyennes sont trop souvent infidèles pour ne pas céder le pas à des modes d'intervention directs, à la ligature, la suture, le tamponnement, la compression.

Une brèche thoracique d'étendue suffisante permettra de mettre à découvert la région blessée.

Avant tout il faut chercher à voir clair, à aller vite et droit au chemin.

La découverte du poumon permettra d'assurer simultanément par la suture ou le tamponnement antiseptique le traitement du pneumothorax traumatique concomitant de l'hémorrhagie et de l'hémothorax.

M. Lucas-Championnière affirme à l'encontre de M. Delorme que, même dans les cas très graves de plaie pénétrante, le malade a beaucoup plus de chances de guérir si on l'abandonne à lui-même en un repos absolu que si on le soumet à une opération.

IV

M. Bucquoy. — De tous les médicaments employés pour combattre la tuberculose, la créosote est le seul que le temps ait respecté et celui auquel on reconnait le plus

d'efficacité. Sur la question de doses les avis diffèrent les uns se contentant de doses faibles : 0 gr. 50 à 0 gr. 60 *pro die* afin de ménager l'estomac, les autres au contraire, comme l'orateur, estimant que la dose efficace est plus élevée et au moins de 1 gramme à 1 gr. 50 par jour.

M. Lavoine, dans un mémoire présenté à l'Académie et analysé par le rapporteur conclut :

1° Il n'y a pas lieu de tenir compte de la toxicité de la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ;

2° Qu'on peut administrer des doses de 6 et 10 gr. et même dans un cas 15 grammes par jour pendant plusieurs mois sans déterminer aucun trouble des voies digestives, circulatoires ou urinaires sauf la coloration noire des urines qui, pour l'auteur, n'a aucune signification pathologique ;

3° Elle a produit, au contraire, une augmentation notable de l'appétit et de la nutrition, des modifications rapides et profondes de la toux, des sueurs, de la fièvre et surtout de l'expectoration ; la disparition des bacilles dans un grand nombre de cas, une amélioration notable des malades et parfois la guérison qui se maintient depuis une période de temps plus ou moins longue.

La créosote ne doit pas être administrée en cachets, ni en capsules, ni en pilules. Il faut la prendre dans une quantité assez considérable de liquide et de préférence au milieu du repas.

La créosote n'a d'action ni sur la vitalité, ni sur la virulence du bacille tuberculeux. De ses expériences M. Lavoine conclut qu'elle exerce une action chimique sur les toxines tuberculeuses ce qui expliquerait son efficacité chez les phthisiques.

V

M. Hervieux. — La vaccinoïde, qu'on désignait autrefois sous le nom de fausse vaccine est en réalité de la vaccine vraie, puisque malgré son développement imparfait, elle peut ou bien fournir au sujet qui la reçoit le complément d'immunité qui lui manque, ou bien, s'il en est complètement dépourvue, la lui restituer toute entière.

Dr Humeau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. De l'emploi des scarifications dans le traitement des ulcérations du col utérin. — II. Tabès a début et a forme gastrique prolongée, syphilis juvénile. — III. Diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant, par la radioscopie. — IV. Splénomégalie turerculeuse sans leucémie avec hyperglobulie et cyanose — V. Tuberculose primitive et massive de la rate. — VI. Tuberculose primitive de la rate. — VII. Note sur un cas de délire alcoolique d'origine thérapeutique. — VIII. Hyperglobulie et splénomégalie. — IX. Colique saturnine et appendicite. — X. Note sur l'emploi thérapeutique de l'acide cacodylique.

I

(*Séance du 26 mai.*) — M. A. Siredey fait remarquer que les véritables ulcérations du col de l'utérus sont extrêmement rares et que les lésions qu'on désigne le plus souvent sous ce nom sont dues, en réalité, à un simple ectro-

pion de la muqueuse enflammée, assez analogue pour lui à celui qu'on observe aux paupières dans la blépharite chronique.

On a essayé contre ces accidents toute sorte de traitements depuis des pansements jusqu'à des cautérisations diverses.

Tous ces traitements sont souvent insuffisants et les chirurgiens en sont arrivés à l'excision totale ou partielle du segment malade, etc.

M. Siredey emploie depuis quelques temps, et avec de grands avantages, la scarification linéaire.

Il ne s'agit pas ici de simples mouchetures du col utérin, comme celles que l'on pratique à l'aide d'une lame unique ou d'instruments à plusieurs lames, pour faire des saignées locales ou pour ponctionner des kystes glandulaires douloureux; ce sont des scarifications fines, aussi serrées que possible, entrecroisées comme les hachures d'un dessin et analogues à celles qu'emploient les dermatologistes dans une foule d'affections cutanées (acné, couperose, lupus, etc.).

Le manuel opératoire est très simple. Après avoir introduit le spéculum, on lave soigneusement le vagin et le col utérin à l'aide de grandes injections antiseptiques (de sublimé ou de permanganate de potasse), on saisit le col avec une pince à griffes, qui permet de l'abaisser et de l'immobiliser, puis on prend un scarificateur à lame fine, comme celui dont se servent les dermatologistes, et l'on fait sur la lèvre postérieure d'abord, puis sur la lèvre antérieure (de façon à n'être pas gêné par le sang) des incisions fines, très rapprochées et aussi profondes que possible. On distingue facilement les tissus sains des tissus altérés : tout ce qui appartient à la muqueuse est mou,

fongueux, tandis que le muscle utérin est dur et résistant.

Ces scarifications ne sont pas douloureuses, elles sont moins vivement senties par les femmes que le pincement du col, indispensable d'ailleurs, si l'on veut agir avec précision. Souvent, on peut pratiquer les incisions à l'insu des malades, si celles-ci ne sont pas prévenues.

L'écoulement du sang est plus ou moins abondant, mais il n'est jamais assez important pour constituer une véritable complication. Cette saignée locale procure presque toujours aux femmes un soulagement très marqué; aussi n'y a-t-il aucune utilité à pratiquer l'hémostase. M. Siredey laisse en général dans le fond du vagin une simple lanière de gaze iodoformée.

Le lendemain, on voit la trace des incisions, et l'on trouve çà et là de petits lambeaux de la muqueuse sphacélée, qui sont incomplètement détachés. Au bout de quelques jours, la surface incisée est hérissée de petits bourgeons irréguliers, saillants, comme verruqueux, partout où les incisions n'ont pas été assez rapprochées. Après huit à dix jours, la cicatrisation est complète sur les points incisés, mais il faut de nouvelles scarifications pour atteindre les points qui ont échappé à la lame de l'instrument. Quatre ou cinq séances environ sont nécessaires pour obtenir un résultat satisfaisant; il en faut quelquefois davantage pour obtenir la guérison.

A chaque séance, on peut mesurer les progrès accomplis à la dureté croissante des régions que l'on incise et à l'envahissement des surfaces scarifiées par l'épithélium qui tapisse le museau de tanche.

M. Jacquet a, dans ces derniers temps, employé le même traitement et les résultats qu'il a obtenu sont aussi très encourageants.

II

(*Séance du 2 juin.*) — M. Jacquet présente un malade de 27 ans, atteint de tabès à début gastrique.

Voici son histoire résumée :

A son entrée à l'hôpital, en dehors des symptômes gastriques, il présentait les signes suivants : le signe de Romberg, la perte des réflexes rotuliens, un placard d'anesthésie à la jambe droite, des douleur fulgurantes, de l'inégalité pupillaire et des troubles iriens.

Le symptôme prédominant était cependant la gastropathie. Le malade avait des troubles gastriques depuis un an et demi environ. Il souffrait régulièrement tous les jours après son repas, mais il ne vomissait pas toujours. Les vomissements survenaient pendant deux, trois jours, puis disparaissaient parfois pendant deux mois. Les douleurs augmentèrent peu à peu d'intensité, les vomissements se rapprochèrent, mais il n'eut jamais de grande crise gastrique classique.

Le traitement auquel il fut soumis, traitement qui consistait en lait exclusif pris par petites fractions et en cachets de belladone et de cocaïne à la dose de 4 centigrammes par jour, le soulagea aussitôt.

Quinze jours après, on remarquait, parallèlement à l'amélioration gastrique, une régression des symptômes tabétiques. Le signe de Romberg, le placard d'anesthésie ont disparu ; les réflexes rotuliens ont reparu tout au moins dans la position assise ; les troubles iriens sont moins accentués.

Ce tabès d'ailleurs a eu pour cause une syphilis juvénile survenue à l'âge de quatorze ans, très bénigne. Il me

faut signaler cependant en dehors de la syphilis une tare nerveuse, le bégaiement.

M. Rendu s'étonne qu'un traitement ne s'adressant pas à la syphilis, origine première du mal, et visant exclusivement les crises gastriques, ait produit une amélioration si considérable de l'état du malade. Il est tout à fait exceptionnel de voir disparaître et même s'atténuer la perte du réflexe lumineux de l'iris; il est encore plus insolite de voir reparaître le réflexe rotulien.

Il pense que la belladone et la cocaïne n'ont joué qu'un rôle secondaire dans cette étonnante amélioration et qu'il faut l'attribuer au repos et à la bonne hygiène. Il croit qu'il était indiqué de chercher à atteindre la syphilis par des injections sous-cutanées de mercure.

Nous ferons remarquer à M. Rendu que le plus souvent le traitement spécifique n'a pas d'action dans le tabès, ou qu'il en a très peu; les lésions du tabès sont peu susceptibles de guérison et ce qu'on obtient le plus souvent est un arrêt dans la marche des accidents, et le traitement par le mercure ne nous a presque jamais rien donné, même sous forme d'injections intensives; par contre, la belladone est notre médicament de choix dans les affections douloureuses du tabès.

M. Raymond s'associe aux remarques de M. Rendu et, comme lui, il n'a jamais vu cette presque disparition des phénomènes tabétiques dans un cas de tabès confirmé. Il se pourrait que dans ce cas on se trouve en présence d'une affection tabétiforme, d'une syphilis cérébro-spinale ayant surtout pour siège les cordons postérieurs de la moelle.

III

M. Variot a observé dans son service un assez grand nombre de pneumonies franches chez les enfants.

Or, tout le monde sait que chez l'enfant qui n'expectore pas, qui le plus souvent ne présente les signes physiques de la pneumonie que très tardivement, le diagnostic peut rester en suspens; il a eu l'idée de recourir à la radioscopie, qui lui a permis de voir les noyaux pneumoniques et de faire ainsi un diagnostic ferme.

M. Béclère rapproche de cette communication l'observation d'un homme de 27 ans, qui a présenté dans son service tous les signes de la pneumonie, sans que l'auscultation put déceler le point du poumon qui était le siège de la maladie.

La radioscopie a permis de découvrir près du hile du poumon droit, une opacité insolite, de la dimension d'une pièce de 5 francs environ; il y avait donc une pneumonie centrale, que nos moyens d'investigations ordinaires ne pouvaient faire reconnaître.

IV

MM. Rendu et Widal ont eu l'occasion d'observer pendant plusieurs années, un type particulier de splénomégalie tuberculeuse à lésions intéressantes et caractérisée par un syndrome spécial.

Le malade était un gardien de la paix, de bonne santé jusqu'en 1883, ni paludéen, ni syphilitique, ni alcoolique.

En 1883, quelques vomissements sans cause connue.

En 1885, une blennorrhagie bénigne.

En 1886, l'hypochondre gauche devient le siège d'une sensibilité, d'une gêne ; peu à peu la respiration devient courte et douloureuse en montant les escaliers et le malade souffre d'un point de côté fugitif.

En 1888, il s'aperçoit qu'une grosseur s'est développée dans le côté gauche de l'abdomen, qui devient tendu et gonflé ; de temps à autre, quelques poussées douloureuses et points de côté.

Le 27 mars 1892, il entre à Necker pour un de ces points de côté ; il y avait au niveau du quart inférieur du poumon gauche une respiration faible avec quelques frottements.

Il suffisait de découvrir le malade pour constater une voussure considérable au niveau du côté gauche de l'abdomen. Le ventre était divisé en deux régions bien distinctes : une droite, plate, et même déprimée ; une gauche, surélevée et même bombée. Les dernières côtes étaient même un peu écartées du côté gauche.

A la palpation, on sent une tumeur s'étendant du diaphragme à la crête iliaque. Cette tumeur a une forme ovoïde, allongée, à grand diamètre vertical. Sa surface est lisse et sa consistance est dure et ligneuse. La région, même à la palpation, ne présente plus la moindre trace de sensibilité.

Il y avait eu autrefois à ce niveau des douleurs spontanées et provoquées, ces douleurs étaient peut-être en rapport avec une péritonite adhésive entre la rate et ce diaphragme.

En avant, il suffit de déprimer la paroi ombilicale, par la palpation, pour toucher un bord net, mousse et arrondi, présentant vers le milieu de sa hauteur une encoche qui est évidemment le hile de la rate.

La percussion dénote une matité s'étendant de la 7e côte gauche à la crête iliaque du même côté, soit sur une hauteur de 30 centimètres. En arrière, la matité se confond avec celle du rein. Malgré la présence de cette tumeur abdominale énorme, on ne constate ni ascite, ni développement des veines collatérales. On note seulement un peu de varicocèle à gauche. Aucun symptôme cardiaque ni hépatique. Les digestions sont lentes et pénibles ; depuis quelque temps, le malade est pris de vertige.

Le malade a le teint rouge, vultueux, il n'a nullement le teint terreux et jaunâtre d'un paludéen.

L'examen du sang montra de l'hyperglobulie avec absence de leucémie (6.200.000 globules rouges et 6.000 globules blancs par centimètre cube).

La santé générale s'améliore suffisamment pour que le malade reprenne sa profession pendant deux ans ; l'hypertrophie de la rate persistait.

Le 5 septembre 1894, il rentre à l'hôpital, très exténué. La peau a une coloration subictérique ; en outre, cette coloration brunâtre, que l'on rencontre dans les états cachectiques ; on constate aussi de la cyanose très marquée au niveau de la face, des doigts et des orteils. Les pommettes, surtout la gauche, sont bleuâtres, violacées ; le bout du nez, les deux oreilles, les lèvres, le gland présentent cette même coloration violette qui disparaît facilement à la pression pour se reproduire immédiatement après.

Même aspect des doigts et des orteils.

L'examen du sang montre toujours de l'hyperglobulie (5.250.000 globules rouges pour 4.500 globules blancs). Les globules rouges sont augmentés de volume.

La langue, les gencives et les lèvres présentent depuis six mois des altérations spéciales :

La langue est douloureuse au point que le malade ne peut plus avaler d'aliments ou de liquides un peu irritants ; elle est tuméfiée, complètement décapée, vernissée, lisse, écarlate, et on ne voit plus à sa surface de saillies papillaires ; elle est sèche et noirâtre sur la ligne médiane. Sur les bords de la langue, on remarque de petites ulcérations superficielles et quelques rhagades ; sur sa moitié postérieure, on observe des rhagades profondes longitudinales et surtout transversales.

Le bord libre de la lèvre supérieure est rouge et fissuré. Quand on soulève cette lèvre, les dents apparaissent déchaussées et les gencives suppurantes et fongueuses. Sur la face interne de cette lèvre sont semées quelques ulcérations blanchâtres, grosses comme une tête d'épingle La face interne de la lèvre inférieure ne présente pas d'ulcérations, mais de la rougeur et des fuliginosités.

La rate paraît avoir augmenté de volume, elle est toujours indolore.

Le foie paraît aussi un peu hypertrophié surtout au niveau du lobe gauche.

Les autres organes paraissent sains.

L'état va rapidement en s'empirant : fièvre, dyspnée, faiblesse extrême, râles dans tout le poumon gauche.

Il meurt le 17 septembre.

A l'autopsie, la *rate* était entourée d'une coque de fausses membranes, surtout au niveau du diaphragme.

Au point de vue anatomique, cette rate énorme présentait un mélange de lésions tuberculeuses et de lésions de sclérose, méritant chacune une mention spéciale.

Les lésions tuberculeuses étaient de tout âge : masses

caséeuses sans structure, masses caséeuses parsemées de quelques cellules géantes, follicules tuberculeux encerclés de sclérose, follicules tuberculeux simples.

Les lésions scléreuses sont elles-mêmes complexes. Elles sont constituées d'une part par de grosses bandes de tissu fibreux adulte, hyalin ; d'autre part, par des faisceaux de sclérose pénicillée qui représentent le premier degré du processus.

Les lésions tuberculeuses et les lésions scléreuses sont en certains points tellement intriquées, que l'on voit parfois des cellules géantes perdues au milieu de bandes fibro-hyalines.

Le tissu splénique proprement dit avait complètement disparu.

MM. Rendu et Widal font remarquer que l'hyperglobulie et la cyanose qu'ils ont rencontrés chez leur malade forment un syndrome qui n'avait pas été encore signalé.

M. Moutard-Martin se propose de communiquer dans la séance suivante une observation anatomique et clinique qui semble calquer sur la précédente, sauf au point de vue de la cyanose qui faisait défaut.

V

(*Séance du 9 juin.*) — MM. Moutard-Martin et Lefas viennent lire une observation très analogue à la précédente, d'une malade atteinte de splénomégalie tuberculeuse primitive, avec hyperglobulie mais sans cyanose.

Les auteurs font remarquer que comme localisation tuberculeuse sur la rate, on peut observer trois cas différents : des granulations tuberculeuses s'accompagnant ordinairement de tuberculose miliaire généralisée et s'ob-

servant surtout chez l'enfant ; des nodules caséeux, peu nombreux, d'un petit volume ; une tuberculose massive primitive constituée par une agglomération de tuberculomes géants, amenant de la splénomégalie et constituant une véritable tumeur dans l'acception chirurgicale du terme.

Voici l'observation résumée :

S... (Marie), 49 ans, entre le 18 février pour une affection paraissant avoir débuté en août 1898 par des douleurs continues à la partie supérieure de l'hypochondre gauche ; douleurs augmentant par le mouvement.

En octobre 1898, elle s'apercevait elle-même d'une petite tumeur, qui grossit rapidement.

A son entrée, on constate tout d'abord un état d'amaigrissement assez considérable et une teinte non franchement jaune, mais terreuse, des téguments ; cette teinte n'est pas très foncée. L'abdomen est volumineux ; la peau de cette région est mince, d'aspect vernissé, avec un épiderme craquelé par places ; la forme du ventre rappelle ce que l'on observe dans certaines éventrations : lorsque la malade tousse, il prend un aspect piriforme. Pas d'ascite. Pas de cyanose des extrémités, ni de la face.

Dans l'hypochondre gauche et le flanc correspondant, on sent au palper une tumeur en forme de croissant, à concavité interne, de consistance ferme, très légèrement douloureuse, rappelant par son siège et sa forme la sensation que donne une rate hypertrophiée. Cette tumeur présente un rebord interne nettement délimitable ; la main qui palpe perçoit une cessation brusque de la tumeur et s'enfonce alors dans l'abdomen. Ce bord interne est inégal : les doigts perçoivent une dépression en forme de scissure, séparant des bosselures assez volumineuses. De

plus, la main qui palpe la surface antérieure de la tumeur rencontre des inégalités mousses séparées par des dépressions plus ou moins appréciables.

Le bord interne de la tumeur est distant d'environ 5 centimètres de l'ombilic.

La tumeur disparaît en haut sous les fausses côtes où la matité à la percussion peut la suivre, de telle sorte que, l'extrémité inférieure étant nettement perceptible au palper, on peut évaluer à 25 centimètres la hauteur verticale de la tumeur. En arrière, on constate que la matité s'étend jusqu'au voisinage du rachis; cependant une zone de submatité sépare la matité précédente de la ligne médiane vertébrale.

Le foie déborde sur la ligne mamelonnaire droite de 6 centimètres le rebord costal; son bord antéro-inférieur, tranchant et résistant, est facilement perceptible au palper et conserve sa direction normale, oblique de droite à gauche, de bas en haut, vers le creux épigastrique.

Les autres organes paraissent sains. Les urines contiennent des traces d'albumine et 23 grammes d'urée.

L'examen du sang pratiqué le 3 mars, montre de l'hyperglobulie, 8.200.000 globules rouges, 31.428 blancs.

La malade tombe dans la cachexie et meurt le 17 mars.

A l'autopsie, la rate forme une tumeur volumineuse; périsplénite fibreuse des deux tiers supérieurs avec adhérences solides au diaphragme; la tumeur présente de nombreuses bosselures arrondies du volume d'une orange ou d'une mandarine; à la coupe on voit à la partie supérieure, un gros nodule caséeux, ramolli à sa partie interne; un grand nombre de nodules caséeux non ramollis, correspondent aux bosselures décrites plus haut.

Le *foie* est un peu gros ; le microscope permet d'y constater des tubercules assez nombreux.

Dans le *poumon droit* deux ou trois petites granulations fibro-calcaires.

Le diagnostic clinique était très difficile.

On était arrivé par élimination à penser à un cancer de la rate (lympho-sarcome, épithélioma ou sarcome), mais l'existence de l'hyperglobulie et le taux normal de l'urée ébranlèrent ce diagnostic et l'on s'en tenait à celui de splénomégalie.

L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une tuberculose massive primitive de la rate.

Voici les symptômes qui permettront de penser à ce diagnostic.

C'est d'abord l'existence d'une tumeur lobulée, bosselée, volumineuse, ayant les principaux caractères de toute tumeur splénique (siège gauche, bord antérieur nettement « à pic », zone de sonorité relative séparant la tumeur du rachis), cette tumeur ne s'accompagnant d'ailleurs d'aucun des signes pouvant faire songer à l'existence des lésions tuberculeuses pulmonaires ou intestinales ; sans ascite ni hypertrophie ganglionnaire coexistantes.

Enfin, c'est aussi, caractères importants : 1° l'existence d'un taux normal de l'urée excrétée en vingt-quatre heures et 2° la présence d'une leucocytose coïncidant avec une *hyperglobulie rouge notable*, qui pourraient peut-être conduire au diagnostic d'un cas de ce genre.

VI

MM. ACHARD et CASTAIGNE, lisent une observation de

tuberculose primitive de la rate bien différente des deux précédentes.

Il s'agissait d'un malade de 38 ans, entré à l'hopital le 26 avril, pour une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche, qui avait été précédée trois semaines auparavant par une douleur à la base de la poitrine à gauche avec des symptômes de griffe.

La phlegmatia paraissait s'améliorer lorsque, le 14 mai, la fièvre reparût, et le membre droit se prit.

Le malade mourut le 12 juin et c'est à l'autopsie qu'on s'aperçut que la rate est très volumineuse, toute bosselée ; le diagnostic de tuberculose de la rate ne s'imposait pas, les noyaux blanchâtres qui parsemaient la rate offraient l'aspect encéphaloïde, et la première idée qui venait à l'esprit était celle d'une tumeur maligne, d'un lymphadénome ou d'un sarcome, par exemple. L'examen histologique montrait surtout, au niveau de ces masses nodulaires, des lésions de nécrose et des hémorragies anciennes, bien que l'aspect fût assez différent de celui des infarctus ordinaires de la rate, c'est-à-dire des infarctus emboliques. Ce n'est qu'en multipliant les coupes dans les parties du parenchyme splénique qui semblaient les moins altérées que l'on put découvrir des tubercules avec des cellules géantes absolument typiques et même colorer quelques rares bacilles par la méthode de Ziehl.

Il y a lieu de signaler l'absence d'hyperglobulie dans ce cas qui doit être différencié des deux observations précédentes.

M. Netter, pense qu'on peut rapprocher des observations de MM. Rendu, Widal et Moutard-Martin un cas qu'il a vu deux fois en consultation et qui a été l'objet de diagnostics variés.

Un enfant, jusque là bien portant, fut pris au printemps dernier d'une pleurésie droite, ponctionnée quatre fois et ayant donné un liquide sanglant d'où diagnostic de cancer de la plèvre.

Le 1er avril, M. Netter retire par la ponction un litre d'un liquide séro-fibrineux, et diagnostique pleurésie tuberculeuse avec adénopathie bronchique.

Le liquide ne se reproduisit pas, mais il s'est produit des tumeurs solides intra-thoracique et la rate a pris un développement considérable.

VII

M. Toulouse a reçu le 14 avril dernier, dans son service à Villejuif, une femme de 56 ans, envoyée d'un hôpital du centre, au bureau d'admission de Sainte-Anne. Le 28 mars, elle avait été opérée d'une cure radicale de hernie. A cause de sa faiblesse, on lui avait fait boire beaucoup de champagne.

Deux jours après l'opération, elle commença, racontait-elle, à « ne plus avoir sa tête à elle ». Elle avait des hallucinations de la vue et elle se rappelait notamment l'une d'elles qui l'avait frappée : elle voyait sa voisine de lit prendre la forme d'une tortue énorme. Elle avait d'autres visions fantastiques et mobiles qui s'exagéraient le soir. Les détails de ce délire restèrent peu dans sa mémoire. Les certificats de mes collègues m'apprirent qu'elle avait eu à l'hôpital de l'excitation surtout nocturne, et que, lorsqu'elle arriva à Sainte-Anne, elle présentait des hallucinations de l'ouïe. Elle entendait dire que sa hernie était le résultat de son inconduite. Puis ces troubles mentaux s'effacèrent rapidement et lorsqu'elle m'arriva elle n'en avait plus trace.

Cette femme antérieurement très solide, très faible après son opération, s'était trouvée toute disposé à avoir du délire alcoolique, ce qui l'avait amenée dans un asile d'aliénés ; cet internement peut lui être préjudiciable.

VIII

(*Séance du 16 juin*). — M. VAQUEZ, a propos des observations de splénomégalie tuberculeuse de MM. Rendu et Widal, Moutard-Martin et Lefas, rappelle qu'il a rapporté le 7 mai 1892, à la Société de biologie, une observation sur une forme spéciale de cyanose s'accompagnant d'hyperglobulie excessive et persistante ayant trait à un malade soupçonné atteint d'une malformation cardiaque et qui, en réalité, présentait exclusivement une splénomégalie et une hépatomégalie considérable.

M. Vaquez rapproche ce fait des deux précédents et établit qu'il représentent tous les trois un syndrome spécial caractérisé dans les trois cas par la splénomégalie et l'hyperglobulie ; dans deux cas seulement par la cyanose.

IX

M. LE GENDRE communique l'observation d'un malade, broyeur de couleurs, qui entra à l'hôpital pour un accès de colique de plomb bien caractérisé. A la suite de l'administration de 20 grammes d'eau-de-vie allemande et de deux lavements des peintres une détente se produisit, mais le lendemain les vomissements reparurent, la fièvre s'alluma, la douleur abdominale se localisa très nettement au point de Mac Burney, etc. ; en un mot, on se trouva en présence de tous les signes d'une appendicite confirmée.

Cette appendicite se termina par résolution au bout de quelques jours, sans intervention chirurgicale.

Y a-t-il eu dans la succession à si brève échéance de ces deux processus, colique de plomb et appendicite, une simple coïncidence ou bien faut-il admettre entre eux une relation quelconque? On pourrait soutenir, par exemple, que la présence de molécules de plomb dans l'intestin favorise mécaniquement ou chimiquement l'infection de l'appendice. S'il en était ainsi, l'appendicite devrait se rencontrer fréquemment chez les saturnins. Or, jusqu'à présent rien n'autorise une pareille conclusion. L'orateur est porté à croire que dans ce cas, tout au moins, l'administration des drastiques n'a peut-être pas été étrangère au développement de l'appendicite et, par mesure de prudence, il conseille chez les saturnins atteints de douleurs abdominales, de vomissements, de constipation, etc., pouvant faire penser aussi bien à une appendicite qu'à une colique de plomb, de ne pas recourir aux drastiques avant que la situation se soit nettement dessinée en faveur de la première de ces deux affections.

X

M. Danlos a eu l'idée d'employer l'acide cacodylique, qui est très peu toxique et qui contient beaucoup d'arsenic dans les cas où il voulait donner ce médicament à très fortes doses.

Depuis, plusieurs médecins, les prof. Gautier (de Paris), Renaut (de Lyon), Rille (de Vienne) et le Dr Balzer se sont aussi servis de ce médicament à des doses variables.

L'acide cacodylique est de l'acide arsenique $AsO(OH)^3$ dans lequel deux oxhydriles OH sont remplacés par deux

groupes méthyle CH^3. Sa formule est $AsO\,(CH^3)^2\,OH$. Sa richesse en arsenic s'élève à plus de 54 p. 100. Il est très peu toxique et, d'après Rabuteau, il a fallu en injecter 2 grammes pour tuer un lapin de quelques kilogrammes.

Le Dr Danlos, qui s'en sert surtout contre les maladies de la peau, emploie extérieurement des solutions d'acide au titre de 50 et de 75 p. 100 ; à l'intérieur il se sert du cocadylate de soude ou acide cacodylique neutralisé par du bicarbonate de soude ; il l'administre par la bouche ou eu injections sous-cutanées.

Par la bouche, l'acide cacodylique a un arrière-goût que M. Danlos parvient à masquer à peu près par la formule suivante :

Acide cacodylique neutralisé. .	2 grammes.
Rhum	20 —
Sirop de sucre	20 —
Eau distillée.	60 —
Essence de menthe.	I à II gouttes.

Une cuillerée à café représente exactement 10 centigrammes d'acide cacodylique.

On peut aussi l'administrer sous forme de pilules contenant chacune 5 centigrammes d'extrait de gentiane pour 10 centigrammes d'acide neutralisé.

Par la voie hypodermique, il s'est servi de solution titrant 3 ou 5 p. 100 d'acide neutralisé; voici sa formule :

Acide cacodylique	3 à 5 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne. . .	10 centigrammes.
Chlorhydrate de morphine. .	25 milligrammes.
Chlorure de sodium	20 centigrammes.
Eau phéniquée à 5 p. 100. .	II gouttes.
Eau distillée	Q. s. p. 100 cc.

M. Gautier, à qui il a communiqué ses formules en mai 1898, a légèrement modifié la dernière. Il indique dans sa communication :

Acide cacodylique	5 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.	8 centigrammes.
Créosote (dissoute dans 8 grammes d'alcool)	V gouttes.
Eau distillée bouillie.	Q. s. p. 100 cc.

M. Danlos, qui traite des affections de la peau, administre des doses énormes : 40 à 60 centigrammes par jour (4 à 6 cuillerées à café de sa solution) pour les hommes, 30 à 40 centigrammes pour les femmes pour le médicament pris par la voie stomacale. Quelques sujets ont pu supporter impunément pendant plusieurs semaines jusqu'à 80 centigrammes par jour.

Par la voie hypodermique, M. Danlos n'a pas dépassé 40 centigrammes par jour, soit 8 centimètres cubes de sa solution. Mais on doit pouvoir aller à des doses plus fortes puisque Rille pendant quelque temps en a injecté jusqu'à 1 gr. 60 par jour.

C'est surtout dans le *psoriasis* que ce médicament paraît avoir produit des résultats appréciables, cinq sixième de guérison (environ 50 pour 60). Dans le lichen plan généralisé, il paraît avoir soulagé le prurit ; dans l'adénie tuberculeuse, il paraît aussi exercer une action favorable.

Par contre, il ne donnerait aucun avantage dans l'acné, le lupus, le sarcome cutané, le mycosis fongoïde.

Ce médicament a, par contre, quelques inconvénients :

Administré par la bouche, il communique à l'haleine des malades une odeur alliacée désagréable et persistante.

Les garde-robes prennent en outre une excessive fétidité. Il est probable que cela tient à une réduction partielle (Lebhahn) que subit le médicament dans le tube digestif, car cette particularité ne s'observe pas après l'injection hypodermique. A dose élevée et par la voie buccale on peut observer aussi des coliques qui obligent à une suppression temporaire du médicament. M. Balzer a constaté de plus, le premier, des cas de dermatite exfoliative fébrile de caractère inquiétant. M. Danlos a vu quelques poussées semblables, mais moins fréquentes et moins graves que celles signalées par Balzer. Après l'administration du médicament par injection, il ne les a pas observées.

Il ajoute que deux de ses malades, après deux mois et deux mois et demi de traitement, ont accusé des douleurs vives dans les jambes. Elles n'ont duré chez l'un que cinq ou six semaines; chez l'autre, elles existaient encore huit mois après, quand il s'est représenté avec une nouvelle atteinte de psoriasis.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX DE LANGUE ANGLAISE

LES REMÈDES DE LA PESTE.

Voici d'après le Dr Serat Chandra Ghost, de Midnapose, les médicaments qui peuvent être utiles dans le traitement de la peste :

Pour la prostration et les furoncles : Arsenic., Carbo veg., China, Lachesis, Mercur., Silicea, Acid. nitr.

Pour les symptômes nerveux : Bellad., Hyosc., Veratrum, Stramonium.

Pour les bubons : Ars., Carbo veg., China, Merc.

Pour les complications gastriques : Ipeca, Nux vom.

Pour la diarrhée : Ars., Veratrum.

Pour les hémorrhagies : Crotalus, Lachesis, Ficus religiosa.

Arsenicum alb. — Arsenicum convient parfaitement à la fièvre. On peut le donner seul ou l'alterner avec veratrum. Il y a une irritabilité excessive de l'estomac qui rejette tout ou bien des vomissements noirâtres et bilieux ; le regard et l'habitus extérieur indiquent la dépression, la langue est sèche et fendillée; soif excessive, grande prostration; évacuations intestinales abondantes et liquides, quelquefois diarrhée involontaire. Ce remède est d'une valeur incomparable pour s'opposer à la tendance gangréneuse des furoncles, et il peut quelquefois arrêter la maladie même lorsque l'agonie a commencé. Dose de la 6ᵉ à la 30ᵉ.

Baptisia. — Il antidote la toxhémie, du moins à son début. Il ne donne rien dans les fièvres qui ne sont pas toxhémiques. On peut l'employer dans les autres maladies à symptômes typhiques. Aussi, peut-on le prescrire avec avantage dans la peste avec prédominance des symptômes typhoïdes et nerveux. Toutes les excrétions et sécrétions ont une odeur horriblement repoussantes ; la température est élevée et le malade s'agite beaucoup dans son lit. Pendant la nuit, le délire survient en même temps que la stupeur. La figure est congestionnée ou chaude avec une expression d'abrutissement. Dose 1 X.

Belladona. — C'est un excellent remède dans la peste quand il y a de la congestion cérébrale et du délire, des

soubresauts pendant le sommeil, que le malade essaie de mordre, de déchirer et crache sur les personnes qui l'entourent; face d'un rouge vif ou très pâle; le malade est mal à l'aise et agité; toux sèche et spasmodique; le malade ramasse ses couvertures. Dose 1 X, 3 X.

Carbo veg. — Etat septique, traits déprimés, symptômes typhiques, ecchymoses, gangrène humide, gonflement, induration ou suppuration des glandes lymphatiques avec ou sans douleurs brûlantes, dépressions des forces vitales. Dose 6e à 12e.

China. — On peut le donner lorsque la maladie a comme caractère prédominant une diarrhée débilitante. Dose 1 X.

Crotalus. — Crotalus agit sur les nerfs et le sang, produit des spasmes, de la paralysie, de la congestion de divers tissus, des ecchymoses, des épanchements du côté de la tête, du cœur et du poumon, dans les séreuses, sur la gangrène et les hémorrhagies. Aussi convient-il bien aux maladies à type adynamique qu'elles soient dues à un affaiblissement antérieur de l'organisme ou à un empoisonnement zymotique et septique. Chez les malades atteints de la peste on trouve : de violents maux de tête, le délire commence avec de la langueur et de l'accablement, des douleurs dans tout le corps et les membres avec de l'agitation, tendance aux hémorrhagies par tous les orifices du corps; le pouls est mou, faible, flottant; les évacuations sont fétides, bilieuses ou sanguinolentes; gorge desséchée, grande difficulté pour avaler les aliments solides, brûlures des yeux, les gencives sont gonflées et saignantes; l'estomac est tellement irritable qu'il ne peut rien garder; les ganglions inguinaux sont enflés, les muscles refusent le service; ecchymoses, pétéchies,

anthrax, furoncles, gangrène, abcès avec excrétions peu abondantes, paresseuses, ou bien noirâtres et liquides, surface du corps froide surtout les extrémités ; apathie complète, le malade semble à moitié mort. Dose 6e.

Hyoscyamus. — On l'emploie dans la peste lorsque les symptômes cérébraux sont très marqués. Délire, marmonnement, délire sans la congestion qui indique belladone ou la fureur qui demande stramonium ; quand on parle au malade, il répond correctement, mais il retombe immédiatement dans l'inconscience et le délire ; le malade est sourd ; paralysie indolore et torpeur de l'organisme ; langue rouge, brune, sèche, fendillée, paralysée, symptômes de pneumonie avec troubles cérébraux et toux sèche et fatigante la nuit ; la figure est pâle et les membres sont froids bien que la température soit élevée. Dose 1 X, 3 X.

Lachesis. — Il peut se montrer utile quand arsenic n'a pas réussi à guérir et que les tumeurs ganglionnaires et les furoncles menacent de tourner à la gangrène. Lachesis peut être employé avec grand bénéfice quand il y a une prostration complète des forces vitales. Dose 12e, 30e.

Mercurius. — Ce médicament peut s'administrer quand les engorgements ganglionnaires menacent de s'indurer bien qu'ils n'aient pas une apparence livide et surtout si les glandes qui avoisinent les oreilles sont atteintes. Dose 3 X, 6 X.

Nitri acidum. — On peut l'employer quand les ulcérations ganglionnaires revêtent un mauvais aspect et que l'état du malade s'aggrave. On peut s'en servir aussi avec avantage dans les évacuations sanguinolentes, débilitantes qui surviennent dans quelques cas. Les ulcères saignent dès qu'on les touche, ils sont le siège de douleurs de piqûre, les bords sont durs, renversés, irrégu-

liers, et il y a quelquefois des bourgeons excitants. Dose 6 à 30.

Phosphorus. — On l'emploie contre les effets du virus de la peste sur le cœur et les poumons. C'est notre ancre de salut dans les maladies du cœur lorsque la prostration est considérable et qu'il y a dégénérescence des tissus. Dose 6 à 30.

Rhus tox. — On peut le donner avec un sérieux bénéfice quand on constate les symptômes suivants : langue recouverte d'un enduit brun noirâtre, grande soif, saignements de nez, frissons même étant près du feu, avec courbature par tout le corps; le pouls est petit, lent et irrégulier, le malade répond lentement aux questions, les glandes sont gonflées, l'haleine est fétide; débilité extrême et langueur marquée, évacuations alvines fétides et involontaires, stupeur. Dose 3 X à 6 X.

Silicea. — On peut le donner rapidement après mercurius, si les tumeurs ganglionnaires deviennent livides ou bien si les furoncles suppurent. Dose 6e.

Stramonium. — On peut l'employer dans la peste quand il y a un délire furieux et d'autres symptômes, sueur froide par tout le corps, peau rouge cramoisi, face enflée, le malade parle une langue étrangère, il a beaucoup de fièvre et cherche à s'échapper ; il est couché sur le dos, les genoux et les cuisses fléchies, les mains jointes; le délire alterne avec des convulsions tétaniques. Dose 1 X à 3 X.

Veratrum album. — Les forces vitales, cèdent brusquement, la face est hippocratique les yeux sont enfoncés, sueur froide sur tout le corps, le nez est effilé, il y a une soif violente pour l'eau froide. Dose 3, 6, 12.

Ficus religiosa. — Ce remède a été découvert par l'au-

teur qui le prépare avec les feuilles fraîches de l'arbre. On peut s'en servir avec un résultat presque magique pour les hémorrhagies de n'importe quel organe. Dose T. M. à 2 X. (*Homœopathic World.*)

MÉDICAMENTS DE LA DIARRHÉE CHEZ LES ENFANTS

Mercurius sol. ou corrosivus 3 X est un des meilleurs remèdes, la coloration verte des selles est la meilleure indication; quand il y a mélange de mucus gluant et de sang, corrosivus est le spécifique.

Ipéca 1 X quand il y a vomissements et diarrhée et surtout s'il y a en même temps de la toux et de la bronchite.

Arsenicum alb. 3 X pour la diarrhée aqueuse abondante surtout le matin avec soif et agitation.

Colocynthis 3 quand il y a beaucoup de coliques.

Croton 3 X et 3, expulsion brusque des matières et ténesme.

Podophyllum 3, lorsqu'il y a prolapsus du rectum. Si le prolapsus est d'origine récente et qu'il y a en même temps une attaque aiguë de diarrhée, Podophyllum est spécifique; mais si le prolapsus date de longtemps et s'accompagne d'une diarrhée chronique son effet est nul et il peut recourir à china ou aloës. Il faut en même temps fortifier l'état général et se servir d'une pommade de l'hamamelis.

Aloës 3 X, beaucoup de ténesme, la partie inférieure de l'intestin est surtout atteinte.

Rheum 3 X, selles d'une odeur très aigre.

Calcarea carb. B., diarrhée chez les enfants rachitiques pour laquelle il n'y a pas de plus beau remède.

Chamomilla 8 X lorsqu'il y a en même temps travail dentaire, beaucoup d'agitation et d'irritabilité.

Ars. iod. 3 et 3 X selles très fétides chez des tuberculeux.

China 1 X quand il y a grande débilité. Il vient souvent bien après le précédent.

Acid. phos. 1 X s'emploie de la même manière, surtout chez les sujets nerveux qui perdent beaucoup de phosphates. (Roberson Day, in Journal of The Bri. Homœ. Society.)

TRAITEMENT DES TROUBLES DE LA DENTITION

Le D[r] Manuel Cordova, de Mexico, recommande les médicaments suivants :

Aconitum. — Fièvre, agitation, insomnie, diarrhée liquide avec évacuations muqueuses ou sanguinolentes. L'enfant crie constamment et n'éprouve de soulagement dans aucune position.

Belladona. — Hyperhémie cérébrale, convulsions, pholophobie, l'enfant s'éveille en sursaut et regarde autour de lui avec anxiété, timidité et méfiance. Si les symptômes nerveux prédominent et que la face est pâle au lieu de rouge, hyosciamus est préférable.

Calcarea carb. — Dentition lente ou retardée chez les enfants scrofuleux ou d'une constitution faible, avec évacuations liquides, gluantes ou visqueuses. Rachitisme confirmé et pieds froids.

Calcarea phos. — D'après Schussler c'est le principal remède de la dentition quand il y a des symptômes de rachitisme et que les fontanelles restent ouvertes

Chamomilla. — C'est le meilleur remède des troubles de la dentition. La bouche de l'enfant est sèche et chaude,

les pommettes rouges; agitation qui s'améliore en promenant l'enfant dans les bras; soubresauts de jambes, irritabilité nerveuse; diarrhée liquide, claire ou verdâtre, avec aggravation la nuit.

Cina. — Le ventre est dur et gonflé; grincement des dents; incontinence nocturne, l'enfant se gratte le nez. Attaque de toux comme de la coqueluche.

Coffea. — Excitabilité, insomnie persistante, fièvre légère; l'enfant est tantôt grognon tantôt de bonne humeur. On peut l'atténuer avec belladona si les symptômes nerveux s'aggravent.

Ignatia. — Attaques convulsives sans fièvre, chaleur ou transpiration. L'enfant s'éveille en peur, crie et tremble.

Ipécacuanha. — Vomissements immédiatement après la tétée; diarrhée liquide et verdâtre. On peut atténuer ce remède avec bryonia s'il y a des symptômes de bronchite avec fièvre, toux, expectoration muqueuse, ou bien avec mercurius s'il y a une diarrhée dysentérique avec ténesme et petites selles visqueuses ou tintées de sang et en même temps salivation abondante.

Sulphur. — Chez les enfants scrofuleux qui ne réagissent au remède indiqué. Evacuation blanchâtre et irritante.

Colocynthis. — Coliques qui forcent l'enfant à se plier en deux avec de la diarrhée ou de la constipation.

Kreosotum. — Spécifique de la dentition chez les enfants rachitiques et irritables. (*The Hahnemannian Monthly.*)

D[r] G. NIMIER.

REVUE DES JOURNAUX

TRAITEMENT DU SCORBUT PAR L'USAGE INTERNE DE LA TEINTURE D'IODE.

La teinture d'iode est souvent employée en applications locales contre la gingivite scorbutique, mais on ne l'administre guère à l'intérieur pour combattre le scorbut lui-même. Pourtant, cette médication vient de donner à M. le D[r] Martinov, médecin du zémstvo de Novoladoga, dans deux cas de scorbut, des résultats qui méritent d'attirer l'attention des praticiens.

Dans l'un de ces faits, l'affection, après avoir résisté à tous les moyens usuels, y compris le régime alimentaire, est entrée en voie d'amélioration dès que le malade a commencé à prendre trois fois par jour 4 ou 5 gouttes de teinture d'iode dans un petit verre d'eau-de-vie, et, sous l'influence de ce traitement, il ne tarda pas à guérir d'une façon définitive.

La seconde observation, encore plus probante, se rapporte à un ouvrier qui présentait des lésions scorbutiques particulièrement graves, telles que suffusions sanguines multiples et plaies gangréneuses, dont quelques-unes avec dénudation des muscles et des tendons. Le patient se trouvait dans un état d'épuisement extrême; il dégageait une odeur infecte, accusait des douleurs continuelles ainsi que de la diarrhée, et un jour il élimina en bloc le rebord alvéolaire du maxillaire inférieur avec les dents. Or, sous l'influence de la teinture d'iode administrée de la même façon que dans le cas précédent, les hémorrhagies sous-

cutanées se résorbèrent rapidement, et les plaies ne tardèrent pas à se cicatriser. La médication iodée ayant alors été suspendue, le patient fut repris au bout de quelques jours de ses douleurs ; de nouvelles ecchymoses noirâtres apparurent au niveau des cicatrices récentes, en même temps que les bourgeons charnus des plaies, qui étaient encore en voie de guérison, commençaient à se désagréger. On se hâta de revenir à l'usage de la teinture d'iode, qui cette fois, fut continué assez longtemps pour obtenir une guérison complète et durable de toutes les manifestations scorbutiques. (*Semaine médicale*, 28 juin.)

LA TRINITRINE CONTRE LES PULSATIONS ABDOMINALES

Chez certains sujets nerveux, notamment chez les femmes hystériques ou neurasthéniques, on observe des battements abdominaux plus ou moins intenses, qui proviennent de l'aorte et qui souvent provoquent une sensation fort pénible. D'après un médecin anglais, Sir Willoughby Wade, le meilleur moyen pour combattre ces pulsations consisterait dans l'usage interne de la trinitrine à la dose de 0 gr. 0003 décimilligrammes, administrée le soir au moment du coucher. (*Semaine médicale*, 21 juin)

La dose employée par le médecin anglais représente environ V gouttes de notre troisième dilution décimale.

Ajoutons que ce médicament, dans nos expérimentations, a toujours produit des battements artériels.

VARIÉTÉS

L'ŒUVRE DU TOMBEAU DE HAHNEMANN

17e *liste de souscription*

(*Souscriptions russes, envoyées par M. le Dr de Brasol, de Saint-Pétersbourg.*) . .	1.654	25
(La liste détaillée ne nous est pas parvenue.)		
Supplément de la liste des *Annales homœopathiques*, dirigées par M. Trichon, à Paris.	11	»
M. Ansbert Labbé.	40	»
Charles, Pierre, Marie Labbé et Berthe Corbière.	40	»
Mme A. Labbé, née Potin.	20	»
(*Souscriptions adressées par M. le Dr Bernard Arnulphy, de Nice.*).		
Souscription recueillie à la pharmacie Piotruzinski, à Paris.	20	»
M. le Dr Michel Deprez.	20	»
Anonyme	0	50
(*Souscriptions recueillies à la pharmacie Écalle, à Paris.*)		
M. le Dr Jouis, à Angers.	20	»
	1.825	75
(1) Listes précédentes. . . .	15.258	40
Total. . . .	17.084	15

(1) Une erreur d'addition avait indiqué 15.259.90 à la 16e liste.

La lutte contre la tuberculose (1)

Lorsqu'on connaît la nature des maladies et les causes qui président à leur apparition, on est à peu près certain d'arriver à prévenir ou à guérir leurs manifestations. Et si la phtisie a, jusqu'à ce jour, résisté à toutes les médications et à toutes les mesures de l'hygiène la plus savante, j'estime que c'est à cause de l'ignorance qu'on veut feindre de ses causes premières.

Car si, l'on en connaît les formes et l'évolution, si l'on a même découvert le germe infectieux (encore n'est-on point d'accord là-dessus), on reste absolument désorienté devant ses mystérieuses et promptes attaques, devant ses formes lentes, innombrables et successives.

Qu'est-ce que la tuberculose ?

Est-ce une maladie contagieuse, est-ce une maladie aveugle ; est-elle le résultat d'une prédisposition, d'une hérédité, d'un déterminisme ethnographique ?

Des siècles sont passés devant elle sans qu'aucun pût lui arracher le masque sous lequel elle cache son identité. Elle plane au-dessus du monde comme le régulateur terrible et le pourvoyeur de la mort. Elle agite sa faulx dans tous les rangs de la société. Elle frappe tout ce qui est faible et dompte quelquefois ce qui est fort.

Cependant, s'il suffisait de se trouver en présence du germe infectieux pour être infecté, ce n'est plus seulement

(1) Dans la *Revue médicale*, le Dr Archambaud publie un intéressant article, quelque peu paradoxal, de M. Marius L. Berzé, sous forme de lettre ouverte à M. le sénateur Strauss. Nous en reproduisons quelques extraits empruntés au *Journal d'hygiène*, 1er juin 1899.

une catégorie d'individus qui deviendraient ses victimes, mais l'humanité tout entière.

Il est rigoureusement indéniable que des individus mis en présence et même en contact du germe de la tuberculose ne se prêtent pas à son évolution.

Il y a donc une catégorie de tempéraments réfractaires ?

Le devoir de la médecine n'est donc pas tellement de supprimer le germe (chose d'ailleurs absolument impossible) que de placer les individus dans des conditions telles que le germe y reste nécessairement stérile.

Il ne s'agit donc pas de lutter contre la maladie elle-même, mais contre les prédispositions individuelles qui lui permettent d'évoluer librement.

S'il ne s'agissait que de lutter conntre la maladie, je reconnaîtrais, Monsieur, la légitimité de vos trois préceptes : ne pas cracher à terre, balayer à sec, bouillir le lait.

Mais, croyez-vous franchement que celui suffirait déjà pour arrêter la tuberculose ?

Il y a des siècles — il y a même plus que des siècles — depuis que l'homme existe il a craché par terre, depuis des siècles chacun balayait à sa guise, à sec ou autrement, depuis des siècles les hommes ont bu le lait de leurs vaches, de leurs chèvres, de leur brebis, sans qu'ils soit rapporté nulle part qu'ils fussent obligés de le faire bouillir pour éviter des maladies... Et cependant la vieille humanité ne payait pas à la tuberculose un tribut aussi formidable que les générations actuelles.

. . . .

Et j'arrive au fameux « crachoir de poche » réclamé avec tant d'insistance par le « corps médical ».

Je dis : par le corps médical, et non par les médecins en

particulier. Car je doute que vous trouviez un seul médecin disposé à user de toute son autorité pour imposer un « crachoir démocratique » à tel de ses aristocratiques clients. Vous imaginez-vous donc qu'il sera facile d'imposer ainsi une caractéristique indélébile à tous les tuberculeux ? Mais tout le bien qu'on pourra dire du « crachoir », tous les avantages qu'on pourra faire valoir, toutes les affirmations qu'on pourra produire n'arriveront jamais à le faire adopter soit par les phtisiques, soit par les asthmatiques, soit par les malades atteints de bronchite, de pneumonie, de congestion pulmonaire.

Puis, il y a là des impossibilités matérielles : on ne connaîtra jamais la totalité des tuberculeux, un grand nombre ne se connaissent pas eux-mêmes, Et, parmi ceux que vous connaîtrez, combien en trouverez-vous disposés à cracher dans une bouteille plus ou moins élégante, lorsqu'il est si simple de cracher par terre ?

Dans les sanatoria même où vous l'imposez, les pensionnaires se feront un devoir de cracher dedans trois ou quatre fois de suite pour le remplir, puis... ils cracheront dehors, et tout sera à recommencer !

Le crachoir que vous imposez n'étant pas un préservatif personnel, vous aurez toujours à lutter contre le défaut d'altruisme des individus malades ; et vous n'arriverez jamais a obtenir d'eux qu'ils se soumettent à une prescription jugée humiliante, pour le seul bien de l'égoïste humanité qui les entoure. C'est plus qu'un problème physique, déjà difficile à résoudre ; c'est un problème moral à peu près insoluble.

Quant aux leçons d'hygiène scolaire, je ne puis croire qu'en votre conscience vous puissiez leur attribuer la moindre valeur. L'éducation scolaire est l'éternel instiga-

teur aux soins duquel on s'en remet pour tout et qui, dans le fond, ne donne jamais rien.

La plupart des préposés à l'éducation de la jeunesse n'ont pas, comme vous le reconnaissez, la moindre notion de ce qu'ils seraient appelés à enseigner. Quant à le leur enseigner tout d'abord à eux-mêmes, n'y comptez pas : leurs programmes sont assez chargés et puis, pour en faire de bons maîtres, il faudrait auparavant les convaincre non seulement de la réalité de leur enseignement, mais encore et surtout de l'efficacité de leur influence, la plupart devinant très bien que leurs leçons ne feront pas reculer d'une semelle soit la tuberculose, soit les autres maladies.

Car, si l'on peut, à la rigueur, par un enseignement méthodique, supprimer quelques causes secondaires d'infection, on ne peut songer à supprimer la cause initiale qui est la dégénérescence des organismes !

Or cette dégénérescence, vous ne pouvez la nier, Monsieur ; pourquoi, d'ailleurs, vouloir dissimuler ce que la nature ne dissimule plus? Partout, devant vous, se dressent des exemples terribles de l'anémie et du rachitisme ; et si les générations actuelles ont encore conservé tant soit peu de validité, il n'en sera malheureusement pas de même des générations qui vont arriver au milieu d'une société corrompue, et aux prises avec des audaces sociales incompréhensibles ! C'est alors que nous allons voir la tuberculose faucher dans les rangs.

Et ce n'est certes pas les crachoirs de poche, ni la désinfection qu'il est impossible de rendre obligatoire et qu'on ne peut même espérer rendre volontaire, ce n'est pas davantage l'enseignement populaire, qui préserveront les individus et les draperont contre la phtisie.

Contre les audaces sociales il faut autre chose que des exhortations : il faut des actes.

Et j'en reviens à dire, comme tout à l'heure : le devoir de la médecine est de placer les individus dans de telles conditions physiologiques que la tuberculose vienne heurter contre eux sans arriver à les vaincre.

Si nous arrivons à rendre aux générations actuelles et à préparer pour les générations futures la vigueur et l'intégrité des anciennes races, la tuberculose sera forcée de battre en retraite. Je ne dis pas qu'elle disparaîtra complètement, mais je prétends que, n'étant pas une maladie contagieuse au sens rigoureux du mot, elle ne frappera dès lors que les individualités désignées à ses attaques par ce même destin qui préside à la distribution des autres maladies.

Et ceci n'est pas un vain espoir !

C'est une œuvre de géant, il est vrai ; c'est surtout une œuvre de conviction et de ténacité. C'est une œuvre physique et morale grandiose qui sera la gloire de celui qui voudra l'entreprendre et le salut des générations qui auront aidé à l'accomplir.

Dès lors, Monsieur, vous devinez ce que je vais vous demander : la suppression des principales sources de dégénérescence.

Mieux placé que tout autre pour cela, je ne doute pas qu'usant de votre haute influence politique et de votre grande valeur scientifique vous ne réclamiez avec tous les honnêtes gens de votre pays la proscription, absolue implacable, définitive de toutes les industries malhonnêtes qui semblent protégées par les pouvoirs publics et qui tirent en tout cas de leur tolérance une audace toujours nouvelle.

Vous demanderez donc la prohibition des liqueurs dites « à bon marché ». Vous demanderez le châtiment immédiat

de ces empoisonneurs du peuple qui fabriquent ces eaux-de-vie et ces liqueurs avec des alcools dénaturés et des produits essentiellement toxiques, n'envisageant que le bénéfice énorme qu'ils en tirent et jamais la terrible responsabilité qu'ils encourent.

Vous n'épargnerez pas davantage, je suppose, ces industriels haut placés qui se livrent en plein XIXe siècle de lumière à l'altération et à la falsification systématique des denrées alimentaires, ménageant ainsi dans l'économie de la majorité des Français des désordres que vous ne sauriez nier et que vous connaissez mieux que tout autre.

J'espère aussi que vous voudrez éclairer les foules sur les dangers auxquels on expose nos femmes et nos enfants sous prétexte de favoriser le développement de l'industrie moderne. Les uns et les autres sont irrémédiablement condamnés à s'anémier et s'épuiser dans des ateliers nécessairement malsains, quand il serait si facile de leur réserver le libre et sain travail de nos campagnes qu'ils désertent où le grand air pourrait seul les virifier et les rendre vigoureux.

C'est sur ce point particulier que nous devrions instruire le peuple. Il est vrai que l'industrie demande des bras, mais qu'est-ce que l'industrie? N'est-elle pas justement la cause de la plupart des maux qui nous frappent? N'est-ce pas elle qui, sous prétexte de multiplier le bien-être des individus et de satisfaire toutes leurs tendances vers des chimériques facilités, accapare la vigueur et la santé de ceux qu'elle utilise? Car, à mesure que le progrès semble vouloir rendre plus agréable et moins pénible la voie que nous devons suivre ici-bas, des nécessités et des fatalités nouvelles surgissent qui obligent les individus à

des efforts toujours plus grands. C'est le grand problème moral de la mort pour la vie, qui se dresse, effrayant, devant l'orgueil des générations modernes, ponr nous montrer que toute tentative d'émancipation serait vaine. Mais l'industrie n'est pas seule pour débiliter les individus. C'est un simple élément physique de désorganisation à côté duquel se dresse un terrible élément moral : l'immoralité ! Vous savez, Monsieur que nos villes, grandes et petites, en sont devenues les foyers vulgarisateurs et que la prostitution s'y développe à l'ombre des réglementations administratives et, par conséquent, sous le couvert d'une tolérance officielle. Vous savez combien elle a gagné de terrain et combien ce que vous aviez institué comme une mesure d'hygiène privée a dégénéré en inexplicable tolérance des pires abus.

Vous ne sauriez nier les ravages énormes causés dans les rangs de la jeunesse par ces excès auxquels semblent les convier à la fois une législation et une société également indulgentes. Et je n'ai pas besoin de vous apprendre à quels enfants dégénérés ces êtres débilités par le vice donneront le jour, et quel merveilleux terrain ce sera pour la tuberculose.

Je ne puis, vous pensez bien, Monsieur, prolonger l'énumération des sources du mal, mais je devine bien que votre esprit saura compléter leur liste et que votre patriotisme saura s'mouvoir de leurs résultats.

Je compte que vous voudrez déclarer en public combien la tuberculose serait moins fréquente s'il y avait plus d'énergie dans les caractères, et combien il y aurait plus d'énergie s'il y avait moins *d'audaces sociales.*

Je ne puis croire que vous persistiez à propager les notions d'une hygiène, hélas ! trop élémentaire, dont les

mesures puériles peuvent, peut-être, de loin en loin, rendre quelque service individuel, mais qui sont impuissantes à soustraire l'humanité aux fatalités qui la menacent.

Vos yeux de patriote et de savant verront au-delà de l'ordinaire horizon et je suis persuadé, Monsieur, que vous aurez à cœur de dire du haut de la tribune française que les mœurs modernes sont la première cause des maux qui nous affligent et la rigoureuse raison des cataclysmes qui nous menacent.

Marius L. BERZÉ.

BIBLIOGRAPHIE

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Le Dr P. Jousset fait paraître chez J.-B. Baillière la deuxième édition de son traité de Pathologie générale.

Nous en reproduisons les préfaces pour indiquer l'esprit dans lequel ce volume est traité.

PRÉFACE DE LA PREMIÈRE ÉDITION

En 1858, sentant sa mort prochaine, J.-P. Tessier esquissa, dans une suite de conversations familières, les grandes ligne de la *Médecine générale*. Ce maître savait qu'il n'y a point d'école sans une doctrine, c'est pourquoi il voulut laisser à ses élèves, comme testament scientifique, l'exposé de la doctrine qui, depuis vingt ans, avait inspiré tous ses enseignements.

Mais, diront plusieurs, attirés et absorbés par l'étude exclusive des détails de la science, qu'est-ce donc qu'une doctrine ?

Une doctrine doit contenir la solution de tous les problèmes posés dans une science.

La doctrine médicale, en particulier, doit nous donner la solution des problèmes relatifs à la nature de l'homme, à la maladie, à la cause, au symptôme, à la lésion, à la thérapeutique. Sans cela, ce n'est plus une doctrine, mais un assemblage plus ou moins défectueux, plus ou moins incomplet de préceptes et d'opinions empruntés à des système divers, incapable de réunir les intelligences dans une unité scientifique, incapable surtout de fonder une école.

Être un maître, fonder une école ! Beaucoup l'ont tenté, mais peu ont réussi. Or, nous appelons J.-P. Tessier un maître, et nous disons qu'il a fondé une école, parce qu'il a une doctrine :

En *Physiologie*, il enseigne que l'homme résulte de l'union substantielle de l'âme et du corps.

En *Pathologie*, il donne à l'essentialité sa véritable et légitime signification.

En *Etiologie*, il professe que les maladies se développent sous l'action de la *prédisposition définie*, et il réduit les causes externes à leur juste valeur.

En *Séméiotique* et en *Anatomie pathologique*, il enseigne que les symptômes et les lésions constituent la *matière* de la maladie et reçoivent de chaque espèce morbide un caractère propre.

Il asseoit la *Thérapeutique* sur la matière médicale expérimentale et sur la loi des indications positives.

Sa doctrine est donc complète, et ses élèves constituent une école dans le sens absolu de ce mot.

Nous l'avons dit, J.-P. Tessier n'a fait que tracer une esquisse de la *médecine générale*. Cette œuvre avait besoin d'être reprise d'une manière classique, c'est ce que nous offrons aujourd'hui au public médical.

Notre amitié pour J.-P. Tessier et notre respect pour ses enseignements, n'ont jamais dégénéré en admiration servile. Aussi ce livre, quoique inspiré par son cours de *médecine générale*, est complètement nôtre, et nous n'avons jamais hésité à retrancher ou à ajouter, quand il nous a paru utile de le faire, estimant qu'on honore plus un maître en l'expliquant, en le complétant, en le redressant même, au besoin, qu'en le copiant jusque dans ses défauts.

Depuis Chomel, on est habitué à rencontrer dans un livre de *pathologie générale*, indépendamment des matières propres à cette science, un traité de *séméiotique* et un traité d'*anatomie pathologique* (1). C'est là une confusion, dont le moindre inconvénient est d'écourter la séméiotique et l'anatomie pathologique. Nous ne suivrons point ces errements. Nous traiterons sans doute des généralités du symptôme et de la lésion, mais nous ne ferons pas plus l'histoire de chaque symptôme et de chaque lésion en particulier, que nous ne décrirons chaque maladie en particulier. Dans le livre que nous éditons aujourd'hui, il ne sera question que de *pathologie générale*, c'est-à-dire de la constitution des sciences médicales, des définitions

(1) Le prof. Bouchard lui-même n'a point échappé à cette faute.

et des méthodes qui conviennent à l'étude de la cause, du symptôme, de la lésion et de la thérapeutique.

L'importance des définitions des termes employés en médecine a inspiré autrefois le lexique de Castelli, puis, de nos jours, celui de Nysten, que Littré et Robin ont transformé en un cathéchisme de sociologie. Convaincu de l'extrême importance de ces sortes d'ouvrages, il nous a paru utile de publier, sous forme de table analytique, un véritable dictionnaire, contenant, par ordre alphabétique, la définition exacte de tous les termes employés dans la pathologie générale. Cet appendice formera, nous l'espérons, un des chapitres les plus utiles de notre livre, puisque l'étudiant y trouvera réunies toutes les définitions dont il a besoin.

P. JOUSSET.

Paris, le 7 mars 1873.

PRÉFACE DE LA SECONDE ÉDITION

Vingt années se sont écoulées depuis la première édition de ce livre et quelles années ! C'est dans ce quart de siècle que la bactériologie a accompli les merveilleux travaux qui ont imprimé aux sciences médicales un progrès sans analogue dans toute la tradition. Ce sont les résultats pressentis ou définitivement acquis par cette science nouvelle que nous devons exposer dans cette nouvelle édition.

Nous avons dit *résultats pressentis ou définitivement acquis*, parce qu'à côté de vérités désormais incontestées se rencontrent des affirmations dont les unes sont décidément erronées et dont les autres attendent encore une démonstration.

L'étiologie et la thérapeutique ont reçu de la bactériologie des perfectionnements qu'on ne soupçonnait même pas il y a vingt-cinq ans. L'importance attachée aux eaux de boisson, la lutte contre l'introduction des microbes dans l'organisme, les résultats considérables obtenus par l'*asepsie chirurgicale*, les promesses déjà en partie réalisées de la *sérumthérapie* constituent des conquêtes désormais acquises et entièrement dues aux sciences bactériologiques.

Il n'en est pas de même pour ce qui touche aux doctrines. Les problèmes de l'étiologie et de la pathogénie ont passionné les médecins et, comme toujours, il en résulte des affirmations fort contestables et même des erreurs. absolues.

S'il est vrai que dans certaines maladies : la tuberculose, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, etc., on rencontre habituellement, mais non toujours, une espèce microbienne correspondant à une de ces maladies, en sorte que ce microbe soit à la fois un signe de la maladie et un instrument de sa transmission, il est également vrai que beaucoup de maladies : la pneumonie, la méningite, la gastro-entérite des enfants, etc. peuvent être produites par des microbes différents.

Si nous retournons la question, nous trouvons qu'il est également démontré que certains microbes, le bacillum coli et les streptocoques par exemple, peuvent produire les maladies les plus diverses.

C'est donc une erreur de considérer le microbe comme la cause prochaine de la maladie, d'enseigner qu'à chaque espèce morbide correspond toujours une espèce microbienne, comme à chaque espèce végétale correspond sa semence.

Mais c'est une erreur plus grande encore de croire que les microbes ou leurs toxines produisent nécessairement une maladie, quand ils ont pénétré dans l'organisme.

De ces opinions découle, comme un corollaire, une troisième erreur qui se formule ainsi : il n'y a ni *spontanéité morbide*, ni *causes internes* ; toute maladie vient d'une réaction de l'organisme contre un microbe ou sa toxine, toute l'étiologie repose sur *l'infection* et *l'intoxication*, l'infection étant causée par la pénétration du microbe dans l'organisme et l'intoxication par l'action des toxines produites par le microbe.

Il est juste de reconnaître, et nous le reconnaissons avec plaisir, quelques-unes de ces erreurs ont été complètement abandonnées : ainsi personne n'admet plus aujourd'hui la toute puissance du microbe pathogène et son rôle absolu en étiologie. On a reconnu que la tuberculose elle-même, dont le bacille est presque spécifique, peut cependant se produire avec d'autres bacilles.

Ce rôle exagéré du microbe en étiologie est venu échouer devant l'immunité.

L'immunité naturelle qui joue un rôle si important dans nos laboratoires et l'immunité acquise avec laquelle les cliniciens sont habitués à compter, constituent des faits d'une telle importance en étiologie que nul aujourd'hui ne peut plus admettre qu'il suffise d'introduire dans un organisme un microbe pathogène pour y développer une maladie ; l'importance du *terrain*, comme on dit aujourd'hui, est reconnue par tous les médecins ; et la tendance générale est d'admettre que l'organisme est le maître de ses mouvements morbides, que c'est lui qui fait ou ne fait pas sa maladie, et qu'il l'a fait dans une *forme* déterminée, que, par conséquent, le microbe cesse d'être

une cause absolue pour devenir *l'instrument* nécessaire du processus morbide.

Tout cela se rapproche plus qu'on ne veut l'avouer de la doctrine des *causes internes* et de la *spontanéité morbide* et si l'accord ne se fait pas, si même il est loin de se faire entre nous et nos adversaires, c'est parce que, sous le nom de *théorie cellulaire*, le matérialisme règne encore en maître dans l'Ecole de Paris, et que la doctrine étiologique qui enseigne que les maladies tiennent à la nature imparfaite des organismes vivants, que *l'homme est fait pour souffrir* comme *l'oiseau est fait pour voler*, que la maladie fait partie de son être, et que, comme l'a dit Démocrite, *Totus Homo ex naturitate morbus et*, cette doctrine, dis-je, est un scandale pour l'Ecole de Paris.

Aussi nous verrons donc, à propos de la *nature de l'homme* et de la *nature de la maladie*, les auteurs du traité le plus nouveau et le plus autorisé de pathologie générale soutenir l'éternité de la matière vivante et l'absence de spontanéité en physiologie aussi bien qu'en pathologie.

Dans cette seconde édition, nous nous attacherons tout particulièrement à refuter ces erreurs aussi vieilles que le monde, mais auxquelles une *forme nouvelle* donne comme un regain de jeunesse.

La nature de l'homme, la nature de la maladie, ses rapports avec le symptôme et la lésion, le sens définitif que nous devons au mot affection, la cause et toutes les conditions nécessaires ou adjuvantes de cette cause, constitueront les principaux chapitres de ce livre. La thérapeutique viendra ensuite, nous commencerons par l'exposition de la doctrine qui meut et gouverne la théra-

peutique ; nous exposerons les deux lois d'indication sans lesquelles il n'y a d'acte légitime ni en médecine, ni en chirurgie. Puis nous étudierons la matière médicale expérimentale et les lois qui en découlent. Nous traiterons ensuite la question des doses ; nous exposerons la prophylaxie et les médications palliatives. Enfin, dans un dernier chapitre, nous résumerons les médications *non pharmaceutiques* : hygiène, hydrothérapie, électricité, eaux minérales, etc. Dans ce chapitre la *sérumthérapie*, *l'opothérapie* et les injections de *sérum artificiel* seront traitées avec tous les développements que commande leur importance actuelle.

Paris, le 15 juillet 1899.

Dr P. JOUSSET.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

AOUT 1899

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

Juin 1899.

Pneumonie grave. — Chlorose grave. — Cirrhose hypertrophique. — Rhumatismes articulaires aigus. — Endocardite chronique. — Fièvre typhoide. — Exposition critique du traitement allopathique de cette maladie par les antithermiques et en particulier par les bains froids.

Ayant pendant le mois de juin 1899 été appelé à remplacer mon ami le Dr Tessier dans son service à l'hôpital Saint-Jacques, j'ai eu l'occasion d'y rencontrer et d'y traiter plusieurs cas intéressants. Ce sont ces cas qui feront l'objet de cette clinique.

L'épidémie de fièvre typhoïde qui règne à Paris a fourni à notre hôpital de nombreux cas de cette maladie, la plupart fort graves, quelques-uns terminés par la mort, pendant le 1er et le 2e trimestre de cette année. 3 cas seulement ont été soignés par moi, mais j'ai été à même de suivre 5 malades traités par mon confrère le Dr Cartier et si je me sers dans ma critique du traitement par les bains froids de l'histoire de quelques-uns de ces malades,

je n'ai pas la prétention de m'approprier ces observations ; elles restent toujours à la disposition du Dr Cartier pour les travaux qu'il peut désirer faire sur ce sujet. Du reste je ne possède sur ces malades que quelques notes qui suffisent à la démonstration que je veux faire, mais qui ne méritent pas le nom d'observation.

1re OBSERVATION. — *Pneumonie. Erreur de diagnostic. Bryone à haute dose. Guérison.*

Cette observation nous offre à étudier une question de diagnostic et une de thérapeutique. Pendant quarante-huit heures j'ai cru à une pleurésie suraiguë et, guidé par ce diagnostic, j'ai prescrit la bryone à la dose forte de XXX gouttes de teinture-mère.

M. X..., âgé de 13 ans. Cet enfant était d'une forte constitution. Malade depuis vingt-quatre heures, il présentait l'état suivant : fièvre violente, 39°5 de température, pouls petit, serré et fréquent, point de côté des plus violents ; respiration accélérée et incomplète, toux interrompue par la douleur de côté, anxiété, expectoration muqueuse avec strie de sang, peu visqueuse contenant des streptocoques et aucun pneumocoque. L'auscultation donnait un souffle doux dans les deux tiers inférieurs du poumon droit ; cette région était le siège d'une matité absolue et je ne distinguais aucune vibration par la parole qui, à l'auscultation, présentait le retentissement de la bronchophonie.

La violence du point de côté, les caractères de la matité et du souffle, l'absence de vibration par la parole, la toux petite et interrompue, les caractères du pouls me firent porter le diagnostic de pleurésie, mais vingt-quatre heures après le point de côté diminua notablement, le souffle devint plus dur ; enfin le troisième jour nous entendîmes quelques bouffées de râle crépitant. Il n'y avait plus de doute sur le diagnostic ; nous continuâmes néanmoins la teinture de bryone et la défervescence se produisit le septième jour.

Ici, comme dans toutes les pneumonies traitées, la résolution de l'hépatisation fut complète après quelques jours au lieu de se

prolonger des semaines, comme cela arrive si fréquemment chez les malades traités par l'expectation.

2e OBSERVATION. — *Chlorose grave avec dyspepsie.*

Nous rapportons l'histoire de cette jeune fille afin de justifier et de vulgariser les préceptes donnés par Hayem dans le traitement des chloroses graves avec dyspepsie.

Mlle Emilie L..., âgée de 15 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Jacques le 9 juin 1899 ; elle fut couchée au lit n° 1.

Malade depuis plusieurs mois, cette jeune fille présente les symptômes classiques de la chlorose : teinte jaune verdâtre de la face ; décoloration des lèvres et des conjonctives ; essoufflement, faiblesse considérable, céphalalgie, insomnie, bruits de souffle carotidien. Mais ici les symptômes principaux, ceux qui caractérisent ce cas particulier et vont fournir l'indication positive du traitement, c'est l'affection de l'estomac : anorexie, vomissements immédiats, ou au moins très rapprochés des repas, de tous les aliments. Coliques et constipation.

Le traitement classique de la chlorose : fer à fortes doses et alimentation forcée, était absolument inapplicable et n'aurait fait qu'aggraver l'état de la malade ; Hayem a bien vu que ces malades devaient être traitées comme des dyspeptiques, aussi je prescrivis le repos au lit, l'alimentation par le lait administré toutes les trois heures à la dose de trois cuillerées à bouche ; et *ferrum* 12, trois fois par jour.

Les vomissements cessèrent immédiatement ; au bout de quelques jours, on put augmenter la quantité de lait, y ajouter des œufs sous forme de crème, des potages au lait, à la fécule. La malade supporta très bien cette augmentation des aliments, mais à la condition de les prendre froids ; deux fois on donna du lait ou du potage au lait chaud et deux fois la malade vomit.

Le sommeil et les forces reviennent, la malade reste assise sur son lit pendant plusieurs jours. Onze jours après le début du traitement, elle commence à se lever et à la fin du mois je la laissais en pleine convalescence.

3e OBSERVATION. — *Cirrhose hypertrophique.*

Voici une habituée de l'hôpital. Une ou deux fois par an son mari nous l'envoie pour *délire alcoolique.* Mais aujourd'hui le cas est plus grave, l'alcool a porté son action sur le foie et cette femme est atteinte d'une *cirrhose hypertrophique.*

Il paraît que l'alcool préféré par cette malade est le *vulnéraire* (alcool à 45° additionné d'essence d'anis). Souffrant depuis plusieurs semaines de troubles gastriques, elle est entrée ici le 29 mai et couchée au n° 6 de la petite salle.

Douée d'embonpoint, la face colorée et sans expression, elle présente une hypertrophie considérable du foie, ce viscère dépasse les côtes de 6 centimètres et en haut la matité remonte presque au mamelon.

La rate est pareillement hypertrophiée. Ni ascite, ni développement des veines sous-cutanées. La malade fut mise au régime lacté et à l'usage du calomel : chaque jour 20 centigrammes de la première trituration décimale. L'amélioration fut très rapide; le foie et la rate diminuèrent bientôt et la malade sortit guérie le 1er juillet, jurant encore une fois qu'elle renonçait à l'alcool.

4e OBSERVATION. — *Rhumatisme articulaire aigu. Sulfate de quinine, puis bryone. Guérison après vingt-quatre jours de maladie, dix-sept jours de traitement.*

Claire M..., âgée de 22 ans, domestique, a eu à 15 ans une première atteinte de rhumatisme qui a duré deux mois; une seconde, à 18 ans, dura un mois; une troisième, à 19 ans, dura quinze jours, et enfin, à 22 ans, une quatrième attaque pour laquelle elle est entrée à l'hôpital le 7 juin 1899; elle fut couchée au n° 9 de la grande salle, elle souffrait déjà depuis le 1er juin.

Les mains et les coudes ont surtout été atteints au début; depuis son entrée, la maladie s'est fixée sur les articulations fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes; les douleurs sont très vives, le mouvement fébrile est rémittent, 38°,5 le soir, 38 le matin.

Sous l'influence du sulfate de quinine, 4 cachets, puis 6 cachets de 10 centigrammes par jour, il se produisit une amélio-

ration notable dans les douleurs et le mouvement fébrile cessa complètement. Mais, malgré la continuation du médicament, une recrudescence des douleurs, localisées, cette fois, dans les mains, et le retour du mouvement fébrile à 38° nous montra, pour ce cas, l'insuffisance du sulfate de quinine. La malade accusant une grande amélioration lorsqu'elle est couchée sur la main malade, je prescrivis bryone (6) et sous l'influence de ce médicament l'amélioration se reproduisit et la malade arriva à la guérison huit jours après.

5e OBSERVATION. — *Rhumatisme articulaire aigu. Sulfate de quinine. Insuccès de bryone. Guérison le* 30e *jour de la maladie,* 23e *du traitement.*

Emilie M..., 27 ans, couturière, porte au cou des traces d'écrouelles; elle a eu il y a neuf ans une première attaque de rhumatisme qui a duré six semaines et guéri sans traitement.

Malade depuis le 25 mai, cette malade est entrée ici le 2 juin. Les douleurs occupent plusieurs jointures, elles sont excessives et empêchent le sommeil; mouvement fébrile rémittent, 38°5 le matin, 39°6 le soir.

Le premier jour cette malade prit, sans aucun avantage, XX gouttes de teinture d'aconit, puis elle fut mise à l'usage du sulfate de quinine : 4 cachets de 10 centigrammes chacun par jour.

Sous l'influence de ce traitement, il survint une amélioration rapide, le mouvement fébrile disparut et les douleurs diminuèrent; mais une aggravation se montra le quatorzième jour, la fièvre reparut et les douleurs devinrent intolérables, surtout la nuit. La bryone (6) ne produisit pas d'amendement et devant les grandes douleurs, je comprenais parfaitement la tentation de donner du *salicylate*; mais comme la clinique m'a démontré que ce médicament, quelquefois dangereux, *ne guérit pas* les rhumatismes, mais permet seulement son évolution sans douleur et sans fièvre, je revins au sulfate de quinine en augmentant la dose 6 à 8 cachets de 10 centigrammes.

Sous l'influence de cette médication la fièvre disparut rapide-

ment, les douleurs diminuèrent plus lentement mais finirent par disparaître et la malade guérit cinq jours après la reprise du sulfate de quinine.

Voici maintenant l'histoire de deux malades atteintes l'une et l'autre d'*affections cardiaques* passées depuis longtemps à l'état chronique. L'une est atteinte d'une *endocardite vasculaire* et l'autre d'une *endocardite valvulaire*; l'une et l'autre sont absolument incurables, il ne faut donc point ici s'attendre à une guérison; les inflammations chroniques du cœur arrivées à ce degré peuvent être améliorées et non guéries. Nous n'aurons donc à compter ici qu'avec la thérapeutique palliative, thérapeutique qu'il ne faut pas mépriser, puisqu'elle a pour but le soulagement des malades et la prolongation de leur existence.

6e OBSERVATION. — *Endocardite valvulaire. Insuffisance mitrale. Arythmie et asystolie. Œdème général et pulmonaire, régime lacté, arsenic, amélioration considérable.*

Mme P..., 60 ans, femme de ménage.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est morte d'un cancer à l'estomac et son père a succombé à un chaud et froid. A l'âge de 3 ans, sa sœur a été emportée par une fièvre scarlatine.

Antécédents personnels. — A 18 mois la malade a eu la fièvre scarlatine. A la suite de cette maladie, maux d'oreilles et surdité qui a toujours persisté.

En 1871, diphtérie au début d'une grossesse. Comme conséquences : paraplégie des membres inférieurs et paralysie du voile du palais qui ne lui permettait ni de parler, ni d'avaler. Ces infirmités n'ont cessé qu'à l'accouchement.

La malade a eu 5 enfants et fait deux fausses couches. Des 5 enfants, 2 sont encore vivants; les 3 autres sont morts, l'un au service militaire et les deux derniers à l'âge de 6 et 13 mois de diarrhée infantile.

Elle a souffert depuis de névralgies extrêmement douloureuses,

affectant successivement différents organes et se portant très souvent à la tête.

En 1898, le 9 août, elle éprouve pour la première fois une crise cardiaque. Palpitations très violentes, angoisse, étouffement. Depuis cette époque les crises se reproduisent souvent, mais deviennent de moins en moins fortes au fur et à mesure de leur répétition.

Entre le 20 mai 1899 à Saint-Jacques où elle occupe dans la grande salle des femmes le lit n° 11. Elle se plaint d'étouffer et de sentir une douleur dans la région du cœur ; elle est très oppressée et les paroles qu'elle prononce sont entrecoupées par la respiration.

A l'examen on trouve de l'œdème des membres inférieurs.

Si on ausculte le cœur de la malade, arythmie complète : impossible de différencier les bruits du cœur des silences qui les séparent.

L'examen des urines révèle la présence de l'albumine.

Comme médicament, elle prend à l'intérieur glonoïne (3°) X gouttes, pendant dix jours, et apium virus (6°) le 31 mai.

L'oppression diminue, les battements du cœur sont moins irréguliers. On ne peut toutefois diagnostisquer les lésions et leur siège.

A partir du 1er juin, on lui donne strophantus (TM) pendant deux jours. Le 3 juin digitaline XL gouttes. L'albumine dosée au moyen du réactif d'Esbach existe dans la proportion de 0,50 centigrammes par litre d'urine; l'œdème du poumon est surtout prononcé à droite. Cette lésion contribue beaucoup à augmenter la dyspnée et c'est pendant la nuit que l'oppression est plus grande.

		Ur.	Alb.
4 juin.	Ipéca (1re trit. déc.) 0,25	750 gr.	1 gr.
5 —	—	500 —	0,50
6 —	Arsenicum album (3e t.) 0,20	250 —	1.50

et régime lacté. Arsenic est choisi à cause de l'aggravation nocturne.

		Ur.	Alb.
7 juin.	Ars. alb. (3e t.) 0,20	400	2 gr.
8 —	—	500	1,50

		Ur.	Alb.
9 juin	—	1.500	1
10 —	—	2.250	0,75
11 —	—	2.000	0,50

Du 12 au 15 juin, on supprime le médicament et on continue le régime lacté.

12 juin	Urine :	2.500	Albumine :	0,50
13 —	—	2.000	—	0,50
14 —	—	3.200	—	0,35

On reprend le traitement :

15 juin.	Ars. alb. (3e t.) 0,20	2.400	0,25
16 —	—	2.400	0,25
17 —	—	2.500	0,20
18 —	—	1.850	0,20

Le médicament est de nouveau supprimé.

19 juin	Urine :	1.600	Albumine :	traces
20 —	—	1.500	—	—

L'arsenic est repris.

21 juin.	Ars. album. (3e t.) 0,20	1.700	traces
22 —	—	1.400	—
23 —	—	2.300	—

L'asystolie a disparu ; on perçoit maintenant un énorme souffle d'insuffisance mitrale avec arythmie assez fréquente.

La malade se sent assez améliorée pour demander sa sortie à la fin du mois.

Les grossesses nombreuses, l'attaque sévère de diphtérie qui à entravé l'une d'entre elles, donne une genèse suffisante de l'affection cardiaque dont est atteinte cette femme.

L'asystolie, l'arythmie, la petite quantité des urines et l'œdème indiquaient la digitale et cependant ce médicament est resté sans effet. L'arsenic est un médicament cardiaque, généralement peu employé parce qu'il est souvent infidèle. Ici son indication naissait de l'aggravation nocturne et de l'albuminurie. Son action a été très évidente et nous lui attribuons, en partie, l'amélioration éprouvée par cette malade tout en réservant la part du régime lacté.

7e OBSERVATION. — *Endocardite vasculaire, lésion des valvules de l'aorte, quantité énorme d'albumine. Sérum d'anguille et tuberculine, amélioration.*

Mme O..., 58 ans, journalière.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans ; ménopause à 47 ans. A eu 5 enfants et fait une fausse couche de deux mois et demi. Des 5 enfants, l'aîné est mort de la poitrine, les 4 autres du croup. En 1878, variole qui a été soignée à l'hôpital de la Pitié.

Il y a deux ans et demi, la malade a eu des étouffements ; elle passait une partie de ses nuits sans dormir et éprouvait des points douloureux au cœur. Elle se présenta à la consultation de Necker où on l'a traitée pendant un an. On lui a d'abord donné de la digitale, puis de l'iodure de sodium.

Son état reste stationnaire pendant quelque temps, puis empire brusquement. Elle entre le 5 avril 1899 à l'hôpital Saint-Jacques où elle occupe successivement les lits 5 (petite salle) et 13 (grande salle).

Elle se plaint d'avoir des battements de cœur et d'être toujours oppressée. Le ventre et les reins sont douloureux ; elle éprouve des tiraillements d'estomac, se sent très faible et a de l'insomnie.

Le ventre et les jambes sont enflés.

La malade tousse et crache beaucoup ; les crachats sont épais, verdâtres. Si on ausculte les poumons, on entend des râles de bronchite.

L'auscultation du cœur donne à la base deux souffles dont le premier est dur et râpeux.

Les urines analysées contiennent de l'albumine en quantité considérable.

Le 6 avril, la malade prend :

	Ur.	Alb.
Anguilla (3e t.) 0,25 cgr.		
7 avril, Anguilla (3e t.) 0,25	1 litre	4 gr.
8 — —	1.500	5 —
9 — —	1.500	4 —
10 — —	1.500	3,75

La malade dort mieux et a moins d'oppression.

	Ur.	Alb.
11 avril, Anguilla (3e t.) 0,25	1.500	3,75
12 — Saccharum	1.200	4 —

Sous l'influence du sérum d'anguilles la quantité des urines a augmenté, mais l'albumine a peu varié. A partir du 13 juin la dyspnée a augmenté ; le pouls est à 96, l'état est grave et nous n'hésitons pas à prescrire digitaline au 1.000 XXX gouttes.

	Urines	Alb.	Puls
14 avril	1.450	5	84

L'effet de la digitaline ayant été presque nul et l'albumine ayant augmenté de quantité (15 grammes) nous revenons le 15 au sérum.

15 avril.	Anguilla (2e t.)	0,20	1.250	4	80
16	—	0,25	1.500	3,25	80
17	—	—	1.500	3,75	80

Du 14 au 18 avril la malade dort bien et a moins d'étouffements.

18 avril.	Anguilla (1re t.)	20 cgr.	Ur. :	1.500	Alb. :	3,25
19 —	—	—	—	1.500	—	3,25

Du 20 au 24, la malade prend de nouveau : Digitaline XXX gouttes, puis XL gouttes à deux jours d'intervalle. Pendant cette période, la quantité d'urine émise n'a pas dépassé 1.250 grammes; l'albumine s'est élevée jusqu'à 6 gr. 50, tandis que le 23 le pouls battait 95 fois par minute.

Le 24 et le 25 avril, elle prend bacille pyocyaniqne (3e t.) 25 cgr. L'urine diminue (1 litre) et l'albumine augmente (7 gr.); le pouls tombe de nouveau à 84.

Le 26 elle prend à nouveau XX gouttes de digitaline, puis abandonne toute médication jusqu'au 29. L'urine se maintient à 1 litre, l'albumine à 7 grammes, tandis que le pouls reste à 84. Elle dort en moyenne une nuit sur deux et se plaint que sa toux ait augmenté depuis quelques jours.

A partir du 29 avril, glonoïne (1re) V gouttes, puis VIII gouttes pendant trois jours. Urine : 1.250; albumine 6; pouls 84. L'état général s'améliore.

Du 2 au 7 mai, elle prend X gouttes de glonoïne par jour. L'urine se maintient à 1 litre par 24 heures, tandis que l'albumine s'élève jusqu'à 8 grammes et que les pulsations sont à 96.

Le 7 et le 8, elle prend 2 grammes d'iodure de sodium par jour et 50 centigrammes d'aconit (1re trit. déc.) La quantité d'urine reste la même; elle contient 6 grammes d'albumine ; le pouls n'est pas modifié.

Du 9 mai à la fin du mois elle a été traitée, successivement, par cantharis teinture-mère, digitaline, spongia (1/10), théobromine et tuberculine brute K (3e). La théobromine a dû être abandonnée au bout de deux jours ; la malade se plaignait de maux de tête insupportables. La quantité d'urine émise tend à diminuer, elle est en moyenne de 3/4 de litre; la quantité d'albumine s'élève parfois jusqu'à 8 grammes et n'est jamais au-dessous de 6. Le pouls est habituellement à 84. Les nuits bonnes succèdent aux nuits mauvaises avec une régularité mathématique.

Pouls pris dans le courant du mois de mai, au sphygmographe de Marey, donne un pouls régulier avec grande diminution de la pression artérielle.

La *tuberculine* est continuée jusqu'au 13 juin. Elle a d'abord pris la 3e, puis la 1re dilution. La quantité d'urine, qui était le 2 juin de 75 centilitres, augmente progressivement et s'élève le 7 juin à 1 lit. 200 c. Cette urine qui contenait d'abord 6 grammes d'albumine par litre, en contient de moins en moins et on n'en découvre plus le 7 juin que 1 gr. 50. Le médicament est continué jusqu'au 14 juin et, malgré son usage, l'albumine augmente de nouveau.

		Litres.		
9 juin	Urine :	1,600	Albumine :	6 grammes.
10 —	—	1,700	—	3 —
11 —	—	1,800	—	3 —
12 —	—	1,400	—	2 gr. 5
13 —	—	1,500	—	3 gr. 5

Du 14 au 19, elle prend anguilla 1re trituration, 0 gr. 20.

		Litres.		
14 juin	Urine :	1,500	Albumine :	4 gr. 3
15 —	—	1,700	—	4 grammes.
16 —	—	2 »	—	3 gr. 5

La malade se trouve mieux, l'état général est satisfaisant.

		Litres.		
17 juin	Urine :	2,250	Albumine :	3 gr. 5
18 —	—	1,700	—	3 gr. 5

Le sérum d'anguille augmente encore la quantité d'urine (2 litres), et fait diminuer un peu l'albumine, 3 gr. 50; la pression artérielle augmente.

Du 19 au 24 juin, arsenicum album., 3e trituration, 0 gr. 20
19 juin. . . . Urine : 2 l. 100 Albumine : 2 gr. 5.

Cette dose de sérum d'anguille a heureusement modifié la quantité des urines (2 litres) et de l'albumine qui a descendu de 8 grammes à 2 gr. 50. J'avais l'intention de tenter les injections sous-cutanées de ce même sérum quand je suis devenu souffrant et la malade a quitté l'hôpital.

La malade souffre surtout la nuit. A l'auscultation de la poitrine, on trouve de l'obscurité de la respiration à droite et des râles humides à gauche. Le cœur n'est pas modifié.

		Litres.		
20 juin	Urine :	1,750	Albumine :	3 grammes.
21 —	—	1,500	—	6 gr. 5.
22 —	—	2	—	3 grammes.
23 —	—	2,300	—	3 —

Du 24 au 29 juin, anguilla 1re trituration, 0 gr. 20 est de nouveau essayé.

		Litres.		
24 juin	Urine :	2 »	Albumine :	4 grammes.
25 —	—	1,50	—	3 —
26 —	—	1,80	—	3 —
27 —	—	1,80	—	3 gr. 5
28 —	—	2,50	—	3 grammes.
29 —	—	2 »	—	2 gr. 5.

La malade quitte l'hôpital le 30 juin. Elle tousse beaucoup moins ; l'auscultation des poumons ne revèle rien d'anormal.

L'état général est très amélioré; les crises d'étouffement sont de plus en plus espacées, mais les douleurs de ventre et de reins persistent toujours.

En résumé, la *tuberculine* a amélioré d'abord d'une manière notable la quantité de l'albumine qui est tombée de 8 grammes à 50 centigrammes.

Mais l'effet ne s'est pas continué et malgré l'administration persévérante du médicament, l'albumine a obtenu de nouveau un chiffre notable, 3 gr. 50.

Le *sérum d'anguille* a constamment augmenté la quantité d'urine mais a eu peu d'effet sur la quantité d'albumine.

L'ensemble du traitement, le repos et le régime lacté ont fait améliorer l'état de la malade.

Une épidémie fort sévère de *fièvre typhoïde* a régné cet hiver à Paris et se continuait encore au mois de juin pendant que je faisais le service à l'hôpital Saint-Jacques. Sur dix cas nous avons eu trois morts, une jeune fille présentant au plus haut point les symptômes de la *forme putride* des anciens : température énorme (41°5), pouls misérable, tympanisme considérable, évacuations involontaires, prostration et délire. Elle succomba au mois de décembre, le 3e jour de son entrée et vers le dixième jour de la maladie. Deux autres malades atteints de fièvre typhoïde grave succombèrent avec des symptômes de méningites. Mais ces deux malades ont été traités par les bains froids. Ils ne peuvent donc pas entrer dans la statistique des fièvres typhoïdes soumises au traitement homœopathique. Du reste nous reviendrons sur ce point.

De ces dix cas de fièvre typhoïde, deux seulement furent traités par moi pendant le mois de juin, les autres furent traités par mes confrères, et si j'en dis un mot c'est à propos de la question des bains froids dans la fièvre typhoïde, question que je me propose de traiter en terminant.

8e Observation. — *Fièvre typhoïde de forme bénigne, guérison le 20e jour. Muriatis acidum* (3) *et belladone* (3).

Cette jeune fille était bonne d'enfants chez une de mes clientes. A la suite de malaises, d'anorexie et de diarrhée d'une durée de huit jours, elle fut prise d'un mouvement fébrile continu qui atteignit bientôt 40° le soir; diarrhée, inappétence, langue saburrale, insomnie et agitation nocturne, gargouillements et douleurs dans la fosse iliaque, hypertrophie de la rate. Entrée dans la chambre 14 à l'hôpital Saint-Jacques, elle fut mise à l'usage de *muriatis acidum* (3) toutes les trois heures et comme régime bouillon et lait coupé.

A la fin du premier septénaire apparaissaient les taches rosées; le mouvement fébrile continuait avec diarrhée foncée. Il survint un peu de délire nocturne, pour lequel nous prescrivîmes belladone (3) pendant la nuit.

Rémission le 14e jour; diminution graduelle de la fièvre; retour de l'appétit et guérison à la fin de la 3e semaine.

La convalescence fut courte et, quinze jours après la cessation de la fièvre, la malade sortait de l'hôpital.

9e Observation. — *Fièvre typhoïde, forme commune grave. Cas intérieur. Muriatis acidum. Phosphoris acidum. Arsenicum. Colocynthis. Belladone. Sulfate de quinine et antipyrine. — Guérison. Apyrexie définitive le* 37e *jour seulement.*

La sœur Henri, religieuse dans le service des hommes, a été très surmenée par les cas graves qui se sont succédé dans son service. Elle changeait les malades atteints de diarrhée typhoïde, les mettait dans les bains froids, et ne prenait aucune précaution. Elle contracta donc la fièvre typhoïde dans le service et c'est le premier cas intérieur que nous ayons observé à l'hôpital depuis sa translation rue des Volontaires.

Cette sœur, après des malaises qu'elle se garde bien d'accuser, tomba tout à fait malade le 29 mai. Le mouvement fébrile atteint 39°9 le 3e jour de la maladie et dépassa 40 le 5e jour. Dès le 11e jour la température descend au-dessous de 39 et le 14e jour au matin 37°9, mais le soir la température était remontée à

39°5. Cependant le 17, nouvelle apyrexie, le matin 37° et le soir 39°0. Depuis ce moment, le stade aux grandes oscillations s'établit 36°8 le matin, 38°4 le soir et le mouvement fébrile ne cessa tout fait que le 37° jour.

La malade présenta une grande prostration pendant les deux premières semaines; une diarrhée d'abord foncée, puis pâle, mais qui avait pour caractère de s'accompagner de coliques assez violentes. Pendant quelques nuits, au commencement du second septénaire, la malade fut prise de divagation. L'amaigrissement fut considérable.

Tel est, à grands traits, l'histoire de cette malade. *Muriatis acidum* (3) fut prescrit contre la diarrhée foncée; *phosphoris acidum* quand la diarrhée est devenue pâle; *colocynthis*, I goutte de teinture-mère dans 125 grammes d'eau, a été prescrit plusieurs fois avec succès contre les douleurs abdominales.

Le *sulfate de quinine*, puis l'*antipyrine* étaient indiqués par les grands écarts de la température le matin et le soir; l'antipyrine a donné une amélioration incontestable.

Le régime alimentaire a été très sévère.

J'ai été témoin de la *diète absolue*, infligée autrefois par l'école de Broussais aux malades atteints de fièvre typhoïde et je ne puis affirmer que ce régime eut des inconvénients. Depuis j'ai assisté à une période de transition, pendant laquelle on accordait aux typhoïdes une nourriture liquide, bouillon et lait, pendant la durée du mouvement fébrile. J'assiste aujourd'hui à une autre pratique. Préoccupés. avant tout, de soutenir l'organisme, un certain nombre de médecins nourrissent les malades atteints de fièvre typhoïde. De toutes ces méthodes nous préférons celle qui consiste à donner aux fébricitants dans le cours des maladies aiguës, seulement des aliments liquides pendant la période d'augment et d'état. C'est seulement dans la période de déclin que nous permettons les potages. Mais c'est principalement dans la fièvre typhoïde que nous re-

doutons une alimentation trop forte. L'aggravation de la chaleur fébrile, de la diarrhée, des vomissements et quelquefois des complications graves, comme les perforations, sont le résultat de cette pratique. J'ai vu des fièvres typhoïdes soumises à une *diète absolue* pendant toute la durée du mouvement fébrile ; souvent à ce régime excessif, on ajoutait des saignées répétées et des applications de 20 et 40 sangsues, et *cependant ils ne mourraient pas tous*. Encore une fois, c'est un préjugé et un préjugé dangereux de nourrir des fébricitants dans le cours des maladies aiguës.

Les malades atteints de fièvres éruptives et de diphthérie supportent la diète bien plus difficilement et on doit nourrir ces malades.

Je dirai seulement quelques mots des malades traités par mon confrère, malades que je n'ai suivi qu'à titre de curiosité scientifique et dont je ne parlerais pas s'ils n'étaient pour nous l'occasion d'examiner la valeur du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

10° OBSERVATION. — *Fièvre typhoïde à rechutes ayant présenté trois rechutes.*

Le cas de cette enfant que j'ai eu à soigner lors de sa troisième rechute est surtout intéressant au point de vue pathologique.

Agée de 13 ans, elle est entrée à l'hôpital Saint-Jacques le 11 avril 1899 et couchée au lit n° 4.

Le premier accès fut intense, la chaleur fébrile dépassa 40°, elle eut des taches rosées. Le mouvement fébrile diminua le dix-septième jour et tomba tout à fait le vingtième jour.

L'apyrexie et la convalescence apparente dura, comme cela est ordinaire, sept jours, puis la fièvre typhoïde *recommença* : température au-dessus de 40° ; taches lenticulaires puis chute de la fièvre encore le vingtième jour.

Cette fois l'apyrexie a duré deux semaines ; la fièvre reparut, mais

le mouvement fébrile affecta promptement le stade à grands écarts, 39°5 le soir, 36°8 le matin ; les taches rosées se montrèrent à nouveau et la convalescence s'établit cette fois définitivement. Cependant cette enfant continua pendant un mois a présenter des oscillations de température. Mais cette température était inférieure à la température fébrile (37°5 le soir, 35°6 le matin). L'appétit et les forces étant revenus, la malade quitta l'hôpital le 5 juillet, malgré la persistance, à un faible degré encore, de ces écarts entre la température de matin et du soir.

Pendant le premier accès de fièvre typhoïde cette malade fut soumise à un traitement homœopathique dont je n'ai pas le détail. Le second accès fut traité par les bains froids, à 20 degrés, toutes les deux heures. Pendant le troisième accès, je me bornais, les premiers jours, à l'usage de *muriatis acidum* 3, puis *china* 6, quand les symptômes morbides consistèrent exclusivement dans les grands écarts de température entre le matin et le soir ; l'appétit le sommeil étant revenu, je m'en tins à l'expectation, parce que je ne connais aucun médicament qui soit applicable à ces troubles de la température.

Indépendamment de la malade, couchée au n° 4 de la salle des femmes, qui fut traitée par les bains froids, au cours de sa seconde rechute, 4 autres malades furent soumis à ce traitement ; une femme atteinte d'une fièvre typhoïde fort grave, et couchée dans une chambre particulière, et qui guérit malgré une complication de *néphrite purulente*. C'est ensuite une autre femme, atteinte d'une forme commune et couchée au n° 1 de la petite salle. Une broncho-pneumonie força d'interrompre le traitement par les bains froids ; cette malade guérit. Ce sont ensuite 2 hommes, couchés au n° 4 et au n° 7 de la salle des hommes. Chez ces 2 malades la fièvre typhoïde était des plus graves, le premier prit seulement 4 bains ; le second en prit 8 ; des complications de broncho-pneumonie et d'hémorrhagie intestinale forcèrent d'interrompre ce traitement ; ils succombèrent tous les deux avec des symptômes de méningite.

Il ne nous convient pas de publier les observations intégrales de ces malades ; ce soin appartient à leur chef de

service, le Dr Cartier; si nous en avons parlé dans notre Clinique, c'est d'une part parce que nous trouvons que nous ne pouvons pas conserver dans la statistique de l'hôpital Saint-Jacques des malades soumis à un traitement absolument allopathique ; c'est ensuite parce que ces faits ont été pour nous l'occasion d'un travail sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

Nous sommes convaincus qu'il existe dans le monde médical une grande illusion sur l'efficacité de la *méthode de Brand* dans le traitement des maladies fébriles infectieuses, nous croyons de notre devoir de travailler à détruire cette illusion. Nous savons depuis longtemps que cette thérapeutique a été fort surfaite ; et nous n'avions pas besoin des faits de l'hôpital Saint-Jacques pour assurer notre conviction. N'avons-nous pas le témoignage du professeur Hayem, qui accuse une mortalité de 18 ou 20 p. 100 dans le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids ? Ce résultat peut-il entrer en comparaison avec celui donné à Saint-Jacques par le traitement homœopathique 6 p. 100?

(*La suite au prochain numéro.*)

Dr P. Jousset.

ECOLE FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE

FIÈVRE TYPHOIDE

(3e *Conférence du Dr Léon Simon*).

La fièvre typhoïde présente un ensemble de phénomènes à peu près constants qui en font une maladie nettement déterminée. Cependant elle est souvent difficile à diagnostiquer, surtout à sa première période. Cela tient à ce qu'il y a deux choses à distinguer : la fièvre typhoïde et l'état typhoïde ou infectieux. L'une est un type de maladie, répondant exactement à la définition du Dr Jousset ; c'est un état de l'organisme vivant, composé d'un ensemble de symptômes et de lésions soumis à une évolution déterminée. En effet, rien n'est plus régulier ni moins variable que son évolution. L'autre est un vaste syndrome qui a les traits caractéristiques de cette fièvre : état fébrile continu avec exacerbations vespertines, prostration, stupeur, subdelirium, surtout pendant la nuit, troubles intestinaux, fuliginosités, langue rouge, sèche ou noire, tendance aux hémorragies. Mais cet état se rencontre dans beaucoup de maladies différentes et sa marche varie suivant les entités morbides qu'il complique. Ainsi j'ai vu des grippes accompagnées d'une prostration telle et d'une telle atonie du regard qu'on pouvait craindre un début de fièvre typhoïde. Une fille de 12 ans a eu, pendant dix jours, une fièvre et une prostration croissantes avec dou-

leur dans la fosse iliaque droite et un véritable état typhoïde; puis est survenue la rétraction de la cuisse sur le bassin, qui annonçait que le psoas s'était enflammé; il s'agissait d'une appendicite à marche lente, qui a guéri plus vite qu'elle ne s'était développée. Une jeune femme, qui a succombé à la septicémie à la suite d'un avortement, a présenté un état typhoïde complet qui m'a donné le change pendant vingt-quatre heures. Une fille de 8 ans a été alitée pendant trois semaines avec les signes d'une dothiénentérie, il ne manquait que les taches rosées lenticulaires. Puis sont survenues des convulsions, du coma et elle a succombé à une méningite tuberculeuse. D'autre part, un petit garçon a été pris brusquement de fièvre avec vive douleur de tête, face vultueuse, insomnie, de sorte qu'on pouvait craindre une méningite; puis la prostration est venue graduellement et l'enfant a eu une fièvre typhoïde qui a évolué régulièrement et dont il a guéri.

Quelquefois la maladie débute par des accès intermittents qui se rapprochent de jour en jour jusqu'à ce que la fièvre devienne continue. Le sulfate de quinine ne les coupe pas et son insuccès peut aider au diagnostic de la maladie.

Vous pourriez m'objecter que dans les cas embarrassants le séro-diagnostic lève tous les doutes, mais je vous répondrai que la *Gazette des hôpitaux* a déjà publié un fait négatif dans son numéro du 11 août dernier; de plus il n'est pas du tout prouvé que le sérum ne s'agglutine dans aucune autre maladie que la fièvre typhoïde. En général, je me méfie des diagnostics basés sur la prise en considération d'un seul et unique caractère. On ne peut affir-

mer catégoriquement une maladie que lorsque plusieurs signes se corroborent mutuellement.

Le pronostic n'est guère plus facile que le diagnostic. Vous savez combien la marche de cette maladie est insidieuse. Il y a une forme, la fièvre lente nerveuse d'Huxham, très bénigne au début, qui marche lentement mais sûrement vers le dénouement fatal, que rien ne peut conjurer. Je me rappelle une jeune fille qui paraissait très légèrement atteinte au début ; au bout de peu de temps elle avait obtenu une si grande amélioration que je la croyais en convalescence, mais sa langue restait toujours rouge et sèche. Au bout de peu de jours son état s'aggrava de nouveau et elle finit par succomber. En général, les personnes lymphatiques et délicates supportent mieux la maladie que celles qui sont sanguines et robustes. J'ai vu deux jeunes filles, les deux sœurs, atteintes presque en même temps ; l'une, qui était chétive, a guéri ; l'autre, d'une très bonne constitution, n'ayant pas été malade antérieurement, a été emportée assez rapidement.

Il se présente quelquefois de grandes anomalies dans la marche et les manifestations de la maladie. Dernièrement, j'ai soigné à l'hôpital Hahnemann une fillette de 13 ans, qui a eu constamment la langue presque normale. C'est le seul exemple que je connaisse de cette particularité. Souvent la température est extrêmement élevée. Il y a une quinzaine d'années, j'ai soigné une jeune fille de 17 ans, dont la température axillaire s'est maintenue pendant 8 jours à 42°. Cette malade est probablement la seule au monde chez laquelle un pareil phénomène n'ait pas entraîné la mort. Elle a parfaitement guéri. Ozanam,

appelé en consultation, a prescrit des lavements d'eau à 10°, qui ont toujours fait descendre la température au-dessous de 40° ; je vous recommande ce moyen de réfrigération. Enfin la température subit quelquefois de grandes oscillations dès le commencement de la période d'état ; c'est mauvais au point de vue du pronostic. Il y a deux ans, j'ai eu dans mon service à l'hôpital Hahnemann une jeune fille qui présentait des écarts de 2 à 3° du matin au soir. Elle a succombé. Vous ferez bien en pareil cas, de donner le *veratrum viride* à basse dilution. Le Dr Cartier, dans un travail récent sur ce médicament, a insisté sur sa valeur dans les fièvres caractérisées par de grands écarts de température.

Dans la période ascendante, où l'on observe les vertiges avec bourdonnements d'oreilles, épistaxis, rêves effrayants, sensibilité de la fosse iliaque droite, constipation ou diarrhée, les médicaments classiques sont *bryonia* et *rhus tox*. Hahnemann les alternait souvent. Depuis une vingtaine d'années le *baptisia tinctoria* tend à les détrôner. J'ai constaté moi-même l'efficacité de ce végétal, mais il ne me paraît convenir que dans la forme abdominale ; lorsque les phénomènes cérébraux ou pulmonaires prédominent, il y a d'autres agents beaucoup mieux appropriés. Voici du reste un court extrait de sa pathogénésie qui vous fixera sur ses indications : Sentiment de faiblesse. — Tremblement. — Pouls fréquent, plein et mou. — Chaleur interne et externe avec soif. — Céphalalgie avec tendance au délire. — Stupeur, le sujet s'endort pendant qu'on lui parle et même pendant qu'il répond. — Délire dès que les yeux sont fermés ; on marmotte à voix basse. — Langue d'un brun jaunâtre au

centre et rouge sur les bords. — Constipation alternant avec la diarrhée. — Fétidité des sécrétions.

Indiqué surtout avant que la lésion intestinale soit développée, *baptisia* peut encore être utile lorsque la maladie est à son apogée. Il y 4 ans, j'ai soigné à l'hôpital Hahnemann une malade qui était au moins au 20e jour et dont l'état restait à peu près stationnaire; elle entra en convalescence dès le 3e jour d'emploi de *baptisia*. Tout le monde est d'accord pour prescrire ce remède à dose pondérable. J'emploie la teinture-mère ou la première dilution.

Le Dr Jousset recommande l'*ipéca* lorsque les symptômes prédominants sont l'anorexie avec nausées, vomissements, diarrhée prématurée, épistaxis. Il emploie de préférence la 1re trituration décimale.

Comme vous le savez, la constipation est assez fréquente, surtout au début de la fièvre typhoïde. Alors il faut donner *nux vomica*. Ce médicament est également utile dans les périodes avancées de la maladie, car il répond au météorisme, aux fuliginosités, à la prostration et au délire.

Les médicaments à donner pendant la période d'état sont nombreux parce que les accidents qui peuvent se présenter alors sont très variés. Il y en a un très important quoiqu'on n'y songe guère en France, c'est l'iode (*Iodium*). On ne pense guère en effet à le donner dans les maladies aiguës et cependant il est essentiellement homœopathique à la fièvre typhoïde pleinement développée, car il altère les plaques de Peyer. Le Dr Richard Hughes cite, dans son traité de pharmacodynamique, l'expérience d'un de ses compatriotes, Cogswell, qui a empoisonné lentement un animal avec de l'iode. Voici ce qu'on a constaté à l'autopsie.

« La membrane muqueuse des intestins, à environ 3 pieds de leur origine, était remarquablement vasculaire; des taches ovales, environ de la largeur d'une châtaigne, commencèrent alors à être aperçues de 3 pouces en 3 pouces, du côté opposé au mésentère; une tache semblable, à la jonction avec le côlon, avait une longueur de 2 ou 3 pouces et s'étendait, à sa terminaison inférieure, à tout le circuit de l'intestin. Ces plaques n'étaient pas injectées et étaient composées de petites éminences agrégées, avec des points noirs à leur centre, séparées les unes des autres par des bandes celluleuses blanches. Elles paraissaient consister en des glandes agminées tuméfiées comme celles que l'on voit dans le commencement de la fièvre. »

L'indication est donc formelle au point de vue anatomopathologique; elle est également justifiée par l'homœopathicité des troubles fonctionnels. En effet, parmi les effets de l'iode, Hahnemann signale comme prédominants et comme devant entraîner le choix du médicament : la sécheresse de la peau, les étourdissements le matin, les bourdonnements d'oreille, la dureté de l'ouïe, la langue saburrale, le ballonnement du ventre, la dyspnée, la lassitude des bras le matin au lit. Mais il y en a beaucoup d'autres qui se rapprochent bien plus des effets de la dothiénentérie. En parcourant la pathogénésie vous rencontrez : la fièvre avec délire et soubresauts des tendons, le tremblement des membres, la prostration, le sommeil agité avec rêves ou l'insomnie, le pouls fréquent et dur ou petit, filiforme, accéléré, les saignements de nez, la sécheresse de la langue, la douleur dans la fosse iliaque droite. Tout cela vous prouve que l'iode est essentiellement homœopathique à la fièvre typhoïde d'intensité moyenne,

de forme abdominale et adynamique. Il peut encore être utile dans les complications pulmonaires de la maladie, mais je ne vous le conseille pas dans les formes ataxique, cérébrale ou hémorragique.

L'empoisonnement lent par l'*arsenic* a toutes les apparences d'un état typhoïde assez accentué; il faut donner ce médicament lorsque la fièvre est forte avec diarrhée, pétéchies, cyanose, tendance aux hémorragies. Il convient lorsque la maladie est déjà avancée et que la gravité des manifestations met le patient en danger.

Lorsque tout le tube digestif est atteint, lorsque les gencives sont saignantes, la langue rouge et sèche, lorsqu'il y a en même temps de la bronchite, il faut donner *merc. solubilis.*

Dans les états d'adynamie extrême, tous les médecins homœopathes sont d'accord pour employer l'acide phosphorique et l'acide chlorhydrique (*ac. muriaticum*). Le premier répond aux *selles pâles*, involontaires, à l'émission involontaire de l'urine, à la pâleur de la face (quelquefois avec une joue rouge et l'autre pâle), aux pétéchies. Le second est indiqué par la *diarrhée verdâtre*, quelquefois involontaire, avec météorisme et gonflement des gencives. L'un a des analogies avec l'arsenic, l'autre avec le mercure soluble. Enfin lorsque le malade a le faciès hippocratique, et qu'il se trouve dans un état voisin de l'agonie, on peut encore le relever à l'aide de *carbo veget.*, qu'il faut donner à dilution élevée; la 30e a accompli de véritables résurrections.

Tels sont les médicaments à donner dans le plus grand nombre des cas ; mais il y a diverses formes qui réclament d'autres agents thérapeutiques ; je vais vous les indiquer sommairement.

Forme cérébrale, caractérisée par la prédominance des phénomènes nerveux. Les principaux médicaments sont les solanées vireuses : *belladonna* lorsqu'il y a du délire avec agitation, frayeur, face turgescente, pupilles dilatées. *Stramonium* lorsque le délire est tantôt furieux, tantôt gai, avec aggravation par une lumière vive, raideur tétanique, pouls petit et fréquent. Ce médicament est celui qui m'a le plus souvent réussi dans cette forme de la fièvre typhoïde. *Hyoscyamus* répond aux accidents les plus graves, particulièrement à la carphologie, aux mouvements oscillatoires de la tête, à la pâleur de la face (la rougeur indique plutôt la belladone), au délire méchant ou lascif.

Lorsque le coma prédomine il faut donner l'*opium*, surtout si la respiration est stertoreuse, si les pupilles sont rétrécies et les intestins paralysés. *Helleborus niger* peut être utile lorsque les pupilles sont immobiles et la face très pâle.

Forme ataxique ou foudroyante. — La plupart des auteurs recommandent l'*aconit* au début, ensuite la *belladone* et enfin l'*arsenic* en trituration.

Forme lente nerveuse. — Le Dr P. Jousset recommande le *Phosphore*, parce que l'empoisonnement par ce minéral, d'abord bénin en apparence, se termine par des accidents graves. Le médicament qui vient au second rang est l'*arsenic*.

Forme putride. — Il faut mettre au premier rang *lachesis*, très efficace contre toutes les mortifications de tissus; celui-ci active aussi la cicatrisation des eschares causées par le décubitus. Il faut songer également à l'*arsenic* et à *baptisia*.

Forme hémorrhagique. — Les deux principaux médicaments sont l'*ipéca* (selles noires et poisseuses comme de la poix) et le *phosphore*. Le quinquina (*China*) est aussi utile dans presque toutes les hémorrhagies, mais je vous le recommande plutôt pour la faiblesse qui leur succède. Le *carbo* est également indiqué lorsque le malade est tombé dans un état de collapsus dangereux.

Forme pulmonaire. — Vous savez que la bronchite et la pneumonie compliquent souvent la fièvre typhoïde. La *bryone*, déjà indiquée dans la première période de la maladie, le sera plus encore si les bronches sont enflammées. L'*ipéca*, donné ensuite, fera bon effet. Enfin, si la pneumonie se déclare, il faudra donner *phosphore* suivi de *tartarus emeticus*.

Je ne vous cite que pour mémoire la fièvre à rechutes ou *relapsing fever* des Anglais, parce que son traitement ne comporte pas de médicaments spéciaux ; les rechutes, présentant les mêmes accidents que la première atteinte, doivent être combattues par les mêmes agents thérapeutiques.

Pendant la convalescence on n'est pas à l'abri d'accidents graves et même mortels. Les plus fréquents sont la péritonite, les abcès et la faiblesse. Naturellement il n'y a pas grand'chose à espérer dans la péritonite par perforation, mais nous pouvons presque toujours guérir la péritonite simple. Le principal médicament est *colocynthis* suivi de *merc. solubilis*.

On combat les suppurations à l'aide de *mercur. solub.*, *hepar sulf.* et *silicea*, donnés successivement et dans cet ordre. Il faut se garder de prescrire *silicea* aussitôt après

le mercure, parce que le second détruirait les effets du premier; il y a incompatibilité.

Il est évident qu'on reste très faible dans la convalescence de la fièvre typhoïde et il est d'autant plus difficile de combattre cette débilité qu'on ne peut pas alimenter le malade. Le Dr Cartier, dans un récent travail sur les toniques en homœopathie, a recommandé un moyen bien simple en pareille occurrence, c'est l'emploi de l'avoine (*Avena sativa*), qu'il prescrit à la 6e dilution. On pourrait également donner des potages passés au gruau d'avoine.

On a proposé, dans ces dernières années, quelques médicaments exotiques nouveaux. Trois d'entre eux viennent de l'Inde et ce sont, je crois, nos confrères indiens qui les ont expérimentés les premiers; ce sont l'*achyranthes calca*, la térébenthine de Chio, le *rajama subsamarata*, l'*illecebrum* et le *hoitzia coccinea*. Je n'ai d'expérience personnelle sur aucun, mais, à en juger par leur pathogénésie, voici, à mon sens, la valeur qu'on peut leur attribuer.

L'*achyranthes*, avec les alternatives de dépression et d'excitation cérébrale, la céphalalgie frontale pulsative et violente, la sécheresse de la bouche avec haleine chaude, la sécheresse et la chaleur de la peau avec frissons quand on se remue, me paraît convenir plutôt au typhus et au début de la peste, peut-être à la fièvre synoque.

La térébenthine de Chio peut être indiquée dans la fièvre muqueuse.

J'en dirai autant de l'*hoïtzia*, comparé, par ceux qui le recommandent, à *rhus* et à la belladone. Je ne saurais vous dire dans quels cas il doit être préféré.

L'*illecebrum* répond à la forme abdominale dans la

période d'état et aux complications pulmonaires : Dureté de l'ouïe. Croûtes dans le nez et épistaxis. Langue sèche, parcheminée, chargée d'un enduit blanc jaunâtre. Dents recouvertes d'un enduit jaunâtre, sensation de terre dans les dents. Boutons au coin de la bouche. Evacuations vertes, foncées et parfois noires, fétides et involontaires. Dyspnée, douleurs thoraciques, crachats spumeux et comme striés de sang.

Enfin on trouve dans la pathogénésie du *rajama subsamarata* les mêmes accidents que dans les formes les plus graves de la fièvre typhoïde. Il ne faut y songer ni au début ni dans les formes bénignes, mais il sera une ressource précieuse au 3ᵉ ou au 4ᵉ septénaire, au moment où l'existence du malade paraît le plus compromise. Les symptômes suivants le prouvent suffisamment : Délire, parlottement avec mutisme, de sorte qu'on ne peut obtenir une réponse qu'avec beaucoup de peine. Idées vagues, confuses. Regard stupide, yeux injectés, sans éclat. Dureté de l'ouïe, bruits et bourdonnements dans l'oreille. Narines déprimées, sèches; le duvet est hérissé et paraît couvert d'une poussière de cendres. Langue présentant une ligne sombre de couleur café avec bords rouges comme s'ils étaient excoriés; langue sèche, parcheminée; dents fuligineuses; haleine fétide; salive gluante, ressemblant à du jus de tabac. Facies hippocratique avec rides et couleur terreuse. Poitrine proéminente avec respiration difficile. Tympanite, gargouillements prononcés dans la fosse iliaque droite. Evacuations vertes, noirâtres ou constipation opiniâtre. Pétéchies nombreuses, d'une largeur pouvant atteindre 10 à 15 millimètres. Plaques gangréneuses par le décubitus avec eschares noirâtres.

En lisant l'énumération précédente, empruntée proba-

blement à des relations d'empoisonnement par l'*achyranthes*, on croirait lire la description d'un cas type de fièvre typhoïde arrivée à la période ultime.

D[r] LÉON SIMON.

THÉRAPEUTIQUE

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE AU SANATORIUM ET A L'ASILE DE LEYSIN.

La question des Sanatoria pour le traitement des tuberculeux est à l'ordre du jour dans tous les pays. Au moment où la fondation du centenaire soulève cette question d'une façon plus spéciale pour notre canton, il n'est pas sans intérêt de la placer devant la Société vaudoise de médecine (1).

Tel est le but de ce travail qui n'a pas la prétention d'être une étude complète. Avec quelques considérations générales sur l'organisation des sanatoria et le traitement dit « fermé », j'apporte à la Société un résumé des résultats obtenus à Leysin par l'initiative privée, soit au sanatorium qui y fonctionne depuis six ans, soit à l'asile, plus modeste, fondé dans un but purement philantropique par les efforts des initiateurs du sanatorium.

Et d'abord, qu'est-ce qu'un sanatorium?

---

(1) Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*, janvier 1899.

« Les sanatoriums, dit le D[r] Chuquet, sont des établissements où l'on soumet systématiquement les tuberculeux aux règles que nous avons données pour le traitement hygiénique de la tuberculose. La désinfection des locaux et des objets ayant servi aux malades : literie, linge, vaisselle, argenterie, crachoirs ; la destruction des bacilles contenus dans les crachats, s'y pratiquent avec les précautions les plus minutieuses. Il en résulte que ces agglomérations de tuberculeux ne deviennent pas un foyer de contamination...

« Les sanatoriums sont des établissements *fermés* ; les malades ne peuvent en sortir sans l'autorisation du médecin et y vivent constamment sous sa surveillance. On peut les diviser en deux classes : établissements destinés aux malades riches, établissements destinés aux malades pauvres (1). »

Ce résumé nous montre pourquoi le nom de Sanatorium se substitue à celui d'hôtel. L'hôtel est pour tous, et tous peuvent y chercher, en payant, la satisfaction de leurs besoins de confort, de plaisir ou même de santé.

Le Sanatorium est fait pour des malades, qui viennent y chercher la santé, et tout doit être subordonné à ce but suprême, tant dans la direction et l'administration de l'établissement que chez les malades eux-mêmes.

Pour arriver à la guérison, ceux-ci doivent renoncer à tout ce qui pourrait compromettre le succès, et accepter une certaine dépendance, une discipline en un mot, qui fait la différence essentielle entre l'hôtel et le véritable Sanatorium, tel que Brehmer et Settweyler l'ont conçu et réalisé les premiers.

---

(1) Chuquet. Hygiène des tuberculeux. Paris 1898, p. 173.

Faisons-nous, pour cela, une caserne ou un couvent, comme certains hôtes nerveux nous le reprochent?

Le Sanatorium tient sans doute de la caserne par la régularité de la vie et la monotonie des exercices obligatoires ; cependant la raideur militaire n'y est pas indispensable, et elle peut être tempérée par des considérations individuelles sans que la véritable discipline en souffre.

Quant au couvent, c'est tout au moins un couvent de bonne compagnie, où le silence des chartreux n'est pas imposé, d'où les relations sociales ne sont pas bannies, où le flirt même arrive à se glisser, où l'on reçoit enfin « le monde » comme dans certains couvents du XVIIIe siècle.

Le Sanatorium est-il enfin un hôpital, une sorte de prison qui frappe d'une tare indélébile les malheureux qui se résignent à venir s'y soigner? Prison, si l'on veut, mais prison ouverte, où l'on entre volontairément, d'où l'on sort librement si l'on ne veut pas accepter son régime.

C'est un hôpital, puisque c'est une maison de malades; mais on accepte maintenant l'hôpital quand il s'agit d'une opération ou d'un traitement chirurgical ; on accepte la maison de santé et l'isolement pour les maladies nerveuses ; ne l'accepterait-on donc pas pour les maladies internes s'il donne réellement plus de chances de guérison que la maison la mieux tenue, s'il offre des éléments de succès que l'on ne peut pas trouver ailleurs

Eh bien, je crois fermement, avec tous les médecins qui ont pratiqué ce régime, avec tous les malades qui l'ont vécu, qu'il est à peu près impossible de réunir dans la vie privée tous les avantages que le Sanatorium offre à ses hôtes.

Je passe ici sur la question de climat, non qu'elle soit sans importance, mais on peut organiser des installations

de malades en villas, des hôtels d'altitude, réaliser enfin la cure d'air, dans des habitations privées, et, d'autre part, le régime du Sanatorium a fait ses preuves ailleurs qu'à la montagne.

Mais ce qu'on ne peut pas avoir chez soi, du moins aussi complètement, c'est la vie organisée pour les malades, c'est la direction médicale constante, c'est enfin l'influence du milieu.

On ne saurait trop insister sur l'importance de ce dernier facteur. Envoyez un malade dans une ville du midi ou dans une station de montagne; vivant au milieu de bien portants qui cherchent la distraction et le plaisir, il sera tout naturellement entraîné par l'exemple et fera, sans penser à mal, plus d'une imprudence involontaire : veillées, concerts, promenades trop longues, etc. Dans sa famille même, le malade souffrira de ne pas pouvoir prendre part à la vie de tous, ou se fatiguera en participant à l'activité de son entourage.

Dans un milieu où tous vivent exclusivement pour leur santé, où l'existence est réglée pour les faibles, il subira dès le début l'influence de l'exemple. Les nouveaux arrivés se trouvent, de prime abord, encadrés par les vétérans, et ils acceptent bien plus facilement les sacrifices nécessaires à leur santé en voyant que tous s'y soumettent. Pour les caractères faibles surtout, cette influence du milieu est une véritable puissance et un adjuvant précieux pour le médecin chargé de les diriger.

Il faut bien relever encore les avantages sérieux que retirent les malades de la présence constante des médecins et du rôle que ces derniers doivent jouer dans la vie du Sanatorium. Nòn qu'ils aient à faire beaucoup d'ordonnances; leur tâche est plus complexe et plus importante!

Il faut être tour à tour et en même temps, médecin sans doute, mais aussi ami et mentor, gendarme et parfois magister; gronder quelquefois, effrayer à l'occasion, encourager et consoler toujours. Il faut connaître de son malade, non seulement le schéma de ses poumons et sa courbe de température, mais aussi son caractère, ses dispositions et ses goûts, ses qualités et surtout ses faiblesses. Il faut non seulement acquérir sur lui l'autorité et l'influence nécessaires, mais aussi obtenir sa confiance sans laquelle rien ne marche vraiment bien.

Avec cela le malade, toujours entouré, toujours surveillé, évite bien des fautes et accepte bien des renoncements; il apprend à se soigner et à vivre pour sa santé, ce qui n'est pas facile même pour des médecins.

Ce que le Sanatorium fait pour les malades riches, ou capables tout au moins de sacrifices pécuniaires assez lourds par leur durée, l'Asile le réalise pour les malades peu fortunés. Celui de Leysin, bien modeste, fait encore un contraste trop frappant avec les édifices grandioses qui le dominent, mais il démontre, d'autant mieux peut-être, que le luxe n'est pas indispensable pour le traitement.

L'asile pour femmes, le premier en date, dont nous nous occuperons seulement ici, renferme 14 lits serrés dans un chalet encore bien exigu. Toute la place disponible est occupée sans tenir trop compte du cube d'air des chambres. Lorsque les fenêtres ne se ferment jamais, sauf en cas de rafales de neige ou un instant pour la toilette, les inconvénients de l'air confiné et de l'encombrement n'existent pas. Le mobilier est des plus simples; tout peut se laver et se lave. Un auvent attenant au chalet à l'est, une galerie de cure extérieure à l'ouest, permettent aux jeunes malades de stationner à l'air à peu près par tous

les temps, et la mélancolie ne règne pas sur les chaises longues. Lorsqu'une tempête de neige oblige les malades à se renfermer pour une journée dans la salle à manger et la petite salle attenante, on en a bien vite assez de ces « congés » forcés, tant l'habitude de respirer à l'air libre, une fois prise, devient un besoin et la station dans un appartement clos une véritable gêne.

Comme au Sanatorium, les malades sont soumises à une règle commune et l'autorité est exercée ici, en l'absence de médecin résident, par la diaconesse directrice dont la tâche n'est pas toujours facile. Il y a eu au début des difficultés ; il y en a toujours pour faire accepter une vie aussi différente à de jeunes malades habituées dans leur famille à voir tout plier à leurs caprices. Mais avec de la fermeté et de l'affection on finit par avoir raison des cœurs rebelles, puis la tradition se crée et l'influence du milieu se fait sentir, si bien que ce sont souvent les malades qui ont déclaré bien haut en arrivant qu'elles ne pourraient jamais se faire à ce régime, qui s'y soumettent le mieux plus tard en voyant ce qu'elles y gagnent.

De loin la réglementation fait peur et plus d'un malade « libre » recule devant l'acceptation d'une loi générale et les craintes de la vie en commun ; toujours l'histoire du danseur de corde de Florian : « C'est le balancier qui vous gêne — et qui fait votre sûreté » ! Plus d'un malade apprend à ses dépens qu'il n'est pas aisé de se soigner à sa guise dans une chambre de chalet. Pour cette classe de malades, les pensions correspondant à l'asile n'offrent pas de grandes ressources pour le traitement et la distraction. On s'ennuie, dans la journée et le soir, à rester toujours étendu et solitaire sur son balcon ou devant sa fenêtre. La promenade, la luge, la « pinte » offrent le double attrait

de la distraction et de la société. — On en prend d'abord à petite dose, puis un peu plus et tout sert de prétexte ou d'excuse pour échapper à l'ennui de la cure, un nuage qui passe, un coup de vent, un appel de la rue. Survient une poussée fébrile et l'on doit aller chercher son repas à la pension malgré sa fièvre, ou attendre les soins nécessaires de la bonne volonté des voisins ou des camarades de pension.

Il paraît peu scientifique d'insister autant sur ces facteurs d'ordre moral qui semblent au premier abord d'importance secondaire. Qu'il s'agisse d'un Sanatorium pour pauvres ou riches, c'est bien cependant la vie commune et la règle, c'est une certaine solidarité de tous ses habitants, qui en fait la caractéristique et à la fois la supériorité, en en faisant un organisme vivant et actif.

Il n'est pas besoin après cela de s'étendre longuement sur la méthode et les agents du traitement, bien décrits dans les ouvrages spéciaux et connus, au moins théoriquement, par tous les médecins. Le traitement, surtout hygiénique, peut se résumer en trois mots: Aération, Alimentation. Repos.

L'aération on sait comment elle est pratiquée :

De jour, vie au grand air et en particulier dans les galeries de cure où les malades séjournent jusqu'à huit et dix heures par jour, c'est-à-dire presque toute la journée en dehors des heures de repas. La nuit, les chambres à coucher conservent au moins les impostes ouvertes, ce qui suffit, avec l'aide des canaux d'appel d'air, au renouvellement de l'atmosphère. La grande majorité des malades arrive du reste à ouvrir la fenêtre en grand pendant la nuit, quelle que soit la température extérieure.

L'alimentation est plus difficile à mettre sur un bon pied,

il y faut plus d'effort personnel et de volonté qu'à subir une fenêtre ouverte ; cependant là aussi on obtient souvent des merveilles.

L'action de l'altitude se fait sentir parfois très vite pour réveiller les ardeurs d'un appétit éteint depuis longtemps ; le plus souvent l'exemple des voisins, l'autorité du médecin, un effort de volonté font le reste. On apprend à manger, même sans appétit, on s'impose une tâche, et les hôtes de passage qui assistent à un repas, sont souvent étonnés, je dirai presque scandalisés, en voyant les tranches de rosbif s'entasser sur les assiettes, puis être englouties sans effort apparent.

Lorsque les repas réguliers ne suffisent pas, on recourt à la suralimentation qui se fait accepter, souvent même par les estomacs les plus récalcitrants : lait, viande crue, œufs, poudres alimentaires, viennent alors suppléer aux ressources de la cuisine ordinaire, soit comme repas supplémentaires soit avec le repas même. Ce régime intensif n'est cependant pas nécessaire à tous les malades et n'est pas chez nous une règle commune. La majorité de nos hôtes arrivent, avec les repas ordinaires, à des augmentations de poids très suffisantes, souvent même fabuleuses, comme pour un malade de cet été qui avait augmenté de 14 kilos en trois mois et demi.

Le repos enfin, moins généralement connu comme moyen de traitement, a une importance capitale et sur laquelle on ne saurait trop insister. Il est bien accepté, en théorie, pour les fébricitants, rarement pratiqué en réalité dans la vie ordinaire.

Pour cette catégorie de malades, le repos au lit est au Sanatorium la règle générale qui souffre peu d'exceptions. Mais même pour beaucoup de malades afébriles, faibles ou

débilités, tout exercice, même modéré, devient une fatigue et se traduit par la diminution de l'appétit. La chaise longue est pour eux le meilleur tonique et le véritable apéritif. On se méfie au début, et on souffre de cette inaction forcée, puis on s'y fait et on apprend à se laisser vivre.

Ce n'est évidemment là qu'un moyen, non un but, et ne doit pas être imposé uniformément à tous. Mais, pour les premiers temps surtout, c'est un réel bienfait et les malades intelligents et consciencieux ne tardent pas à le reconnaître.

Lorsque la convalescence est bien esquissée et que les forces se relèvent, l'exercice reprend ses droits : la promenade, le patinage, quelques excursions peuvent alors être autorisés avec un réel avantage, mais il importe sur ce chapitre de bien régler la vie de chaque malade et d'individualiser les autorisations.

Voyons maintenant quels sont les résultats obtenus par ces moyens et faisons un peu de statistique. Les chiffres que je vais donner n'ont rien d'absolu et traduisent simplement l'appréciation personnelle du médecin qui les livre. Il est donc impossible de comparer entre elles les statistiques des différents établissements et d'opposer par exemple les données de Falkenstein ou de Gœrbersdorf à celles de Leysin, et je ne le tenterai pas. Je ne puis même pas, pour la même raison, donner pour les six années d'existence du Sanatorium de Leysin une statistique complète; et je passe entièrement sous silence la première période où l'établissement cherchait sa voie et n'était pas encore un Sanatorium proprement dit.

Des notes du Dr Burnier sur sa première année d'acti-

vité à Leysin, je tire les chiffres suivants qui portent sur 79 malades tuberculeux :

Malade du premier degré 15.

Guéris 8 = 53,3 0/0.

Améliorés 5 = 33,3 0/0.

Stationnaires 2 = 13,3 0/0.

Malades du second degré 22.

Guéris 2 = 9,09 0/0.

Améliorés 19 = 86,3 0/0.

Stationnaires 1 = 4,5 0/0.

Malades du troisième degré 42.

Améliorés 21 = 50 0/0.

Stationnaires 7 = 16,6 0/0.

Aggravés 10 = 23,8 0/0.

Décédés 4 = 9,5 0/0.

Je relève seulement dans cette statistique la proportion énorme de malades arrivés au Sanatorium à la troisième période de la maladie, 42 sur 79 soit plus de la moitié, et la proportion des guérisons chez les malades arrivés à la première période, 8 sur 15 soit 53 0/0.

Ma statistique personnelle sur l'hiver de 1896 à 1897 porte sur 106 malades, sans distinction du degré de la maladie. Sur ce nombre 20 sont partis en état de guérison apparente, 60 ont été réellement améliorés, 17 sont restés dans un état stationnaire, 4 ont vu leur état s'aggraver et 5 sont morts dans l'établissement. Sur 23 de ces malades arrivés au premier degré, 14 ont guéri.

Pour le dernier exercice complet, du 1er mai 1897 au 30 avril 1898, 146 malades ont été traités au Sanatorium (sans compter les malades du Sanatorium du Mont-Blanc) dont 33 soit 22,6 0/0 sont partis en état de guérison apparente et 55 0/0 améliorés sans être guéris. Sous la rubri-

que de guérison apparente nous ne classons que les malades qui ne présentent plus de signes physiques de leur affection ou seulement les signes, négatifs pour ainsi dire, qui sont compatibles avec la possibilité d'une guérison définitive. Chez eux la toux et l'expectoration ont disparu ou l'expectoration, lorsqu'elle persiste, ne contient plus depuis longtemps de bacilles de Koch.

Complétons cette statistique en classant les résultats obtenus d'après l'état des malades à leur arrivée; nous trouvons les chiffres suivants :

Malades du premier degré 47.
- Guéris 26 = 55 0/0.
- Améliorés 17 = 36 0/0.
- Aggravés 2 = 4 0/0.
- Stationnaires 2 = 4 0/0.
- Mort 0.

Malades du second degré 70.
- Guéris 6 = 9 0/0.
- Améliorés 48 = 68 0/0.
- Aggravés 5 = 7 0/0.
- Stationnaires 7 = 10 0/0.
- Morts 4 = 6 0/0.

Malades du troisième degré 29.
- Guéris 1 = 3 0/0 (guérison relative).
- Améliorés 13 = 41 0/0.
- Aggravés 5 = 17 0/0.
- Stationnaires 8 = 27 0/0.
- Morts 3 = 11 0/0.

La statistique de l'Asile des femmes, pendant les deux dernières années, dès le 1er juin 1896, porte sur 44 malades, défalcation faite de 9 malades reçues à deux re-

prises différentes et comptées chacune pour une malade, et des malades restant en traitement au 1er juin 1898.

Sur le nombre nous trouvons :

Guérisons apparentes 6 = 13,6 0/0.
Améliorations 33 = 75,0 0/0.
Aggravations 2 = 4,5 0/0.
Etats stationnaires 3 = 7,0 0/0.

Des malades sorties en état de guérison apparente, 2 ne sont restées que 3 mois à l'asile, les autres y ont séjourné de 4 à 9 mois. Toutes ont gagné en poids de 2 à 9 kilos, l'une 8 kilos en 3 mois, une autre 9 kilos en 5 mois. Toutes étaient arrivées au début de la maladie, soit à ce qu'on est convenu d'appeler le premier degré.

Parmi les malades améliorées, un bon nombre l'ont été assez pour reprendre une vie active, soit dans leur ménage, soit comme ouvrières ou domestiques, et pourront peut-être arriver à la guérison. Plusieurs y seraient parvenues plus sûrement si elles avaient pu prolonger leur traitement et si les nécessités de la vie n'avaient pas provoqué une sortie prématurée.

Ces chiffres n'ont, je le répète, qu'une valeur très relative tant au point de vue du classement des malades qu'à celui des résultats obtenus, Il est évident qu'il faut être en particulier très réservé sur l'avenir des malades considérés comme guéris. Tous sont avertis qu'il ne s'agit que de guérison apparente, que le retour du mal est fréquent, et qu'ils doivent se considérer encore des malades et vivre en conséquence en malades, pendant un temps prolongé. Toutefois, même en tenant compte du déchet probable, c'est-à-dire de la probabilité de la rechute chez un certain nombre d'entre eux, le résultat atteint est encourageant. Plus de la moitié des malades arrivés au

premier degré, mais présentant cependant des signes positifs de tuberculose, sont parvenus en quelques mois à la guérison apparente, et la proportion est la même dans la statistique de Burnier reproduite ci-dessus.

Au second degré, l'amélioration est la règle dans les deux tiers des cas, mais la guérison relative n'est plus réalisée que chez 9 malades sur 100; elle devient absolument exceptionnelle chez les malades plus avancés.

Sans doute, même chez ces derniers, une amélioration plus ou moins durable peut encore intervenir; on peut prolonger la lutte, mais en combattant le plus souvent sans espoir du triomphe final. La tâche est bien plus ingrate encore dans les cas, trop fréquents, où les malades nous sont envoyés à la période ultime, où l'on se décide trop tard, comme dernière ressource, à venir respirer l'air de la montagne qui ne fait pas toujours des miracles et n'a pas la prétention de guérir des moribonds.

C'est dès les premiers symptômes de la maladie, avant l'apparition des signes grossiers qui indiquent déjà un commencement de destruction du tissu pulmonaire, qu'il faut commencer la lutte, sans perdre des mois précieux à attendre les signes d'une lésion souvent déjà irréparable.

Les chirurgiens nous ont démontré, à propos des néoplasmes malins, combien l'avenir des malades dépendait d'un diagnostic précoce et d'une intervention hâtive. Il en est de même de la tuberculose dont la guérison est souvent possible, mais à condition qu'on la reconnaisse et qu'on l'attaque résolument dès son début.

Les chiffres que j'ai réunis me paraissent suffisants pour démontrer au moins l'avantage qu'ont les malades à se soumettre le plus tôt possible à un traitement hygié-

nique et rationnel et combien ils augmentent par là leurs chances de guérison.

Sans doute cette guérison peut être obtenue sous tous les climats et à l'aide de méthodes différentes, mais je puis terminer en m'appropriant comme conclusion l'affirmation du Dr Mœller (1) :

« Loin de nous la pensée d'accorder aux Sanatoria le « monopole du traitement de la tuberculose pulmonaire... « Tout ce que nous prétendons, c'est que le Sanatorium « présente un ensemble de conditions favorables, qu'il « est difficile de réaliser ailleurs. » Dr EXCHAQUET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

I. DE L'AORTITE PALUDÉENNE. — II. DE L'AORTITE AIGUE TRANSITOIRE D'ORIGINE PALUDÉENNE. — III. STIGMATES DYSTROPHIQUES DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE ET MALFORMATION CARDIAQUE CONGÉNITALE. DÉVELOPPEMENT D'UNE SYPHILIS ACQUISE RAPIDEMENT MODIFIÉE PAR LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE. — IV. SÉROTHÉRAPIE PAR LE SÉRUM DU LAIT. — V. DYSPEPSIE ET DÉRIVATION. — VI. DU LYMPHOME TUBERCULEUX.

I

M. LANCEREAUX. — L'aortite paludéenne est un type mor-

(1) Les Sanatoria dans le traitement de la phtisie, 2e édition. Bruxelles, 1898.

bide des plus nets et des mieux définis tant par ses caractères anatomiques et cliniques que par sa cause et son évolution.

M. Lancereaux rapporte 21 observations personnelles d'aortite en plaques. Dans les antécédents de tous ses malades on trouve notée l'infection palustre, quelquefois à quinze ou vingt ans de distance. Il explique de même par la fréquence du paludisme dans l'armée des Indes la proportion plus grande d'anévrysmes de l'aorte chez les soldats anglais.

L'aortite paludéenne a pour siège ordinaire la portion ascendante de l'aorte. Elle débute par la tunique externe, la tunique moyenne est détruite par places et la tunique interne s'enflamme en dernier lieu. Des plaques blanchâtres, légèrement saillantes se forment à la face interne du vaisseau. En vertu de leur siège à l'origine de l'aorte elles rétrécissent quelquefois l'orifice des coronaires. Par contre le plexus cardiaque peut être irrité par l'inflammation de la tunique externe au contact de laquelle il se trouve. Enfin une troisième conséquence est la dilatation du vaisseau, l'anévrysme, qui se produit aux points où la tunique moyenne est détruite.

Ces diverses lésions de l'aortite palustre permettent de se rendre un compte exact des diverses manifestations symptomatiques. Le début de la maladie est insidieux, sa marche lente et progressive. Le moment de son apparition échappe en général ; il n'est marqué, en tout cas, ni par de la souffrance ni par aucun symptôme appréciable. C'est tardivement, quand la lésion envahit le plexus cardiaque que survient la douleur, l'angine de poitrine. A ce moment le rétrécissement des artères coronaires peut donner lieu à une dyspnée douloureuse au moment de la

marche ou d'un effort. Lorsque des saillies rugueuses se sont développées à la face interne de l'aorte, on entend des bruits de frottement, des souffles. Enfin, en dernier lieu, peuvent apparaître des tumeurs anévrysmales.

Ainsi le processus anatomique longtemps silencieux ne se manifeste au clinicien, dans la plupart des cas, qu'au bout de plusieurs années, d'où la nécessité de connaître les effets du paludisme sur l'aorte et de les rechercher avec soin.

L'aortite en plaques dure des années et rétrocède rarement. Elle peut toutefois s'arrêter au cours de son évolution et ne produire aucun accident sérieux, de sorte qu'elle ne tue pas infailliblement.

Le traitement consiste à prévenir la maladie en surveillant les paludiques après la phase aiguë de leur infection. A ce moment, l'hydrothérapie peut rendre de grands services.

L'iodure de potassium à la dose de 2 à 3 grammes est tout indiqué contre la maladie elle-même lorsqu'elle est constituée. Mais il peut rester inefficace. Il faut alors combattre les principales manifestations de la maladie ; les accès d'angine de poitrine par la trinitrine ou le nitrite d'amyle ; les anévrysmes de l'aorte par les injections de sérum gélatiné.

M. Laveran nie l'origine palustre de l'aorte en plaques en s'appuyant sur le peu de fréquence de cette maladie de l'aorte dans les pays à fièvre intermittente. Il n'est pas admissible que l'aortite paludéenne ne s'observe que chez les palustres qui viennent en France, c'est-à-dire qui se placent comme chacun sait dans de très bonnes conditions au point de vue de la guérison du paludisme. Aussi con-

clue-t-il que si le paludisme joue un rôle dans l'étiologie de certaines aortites, il s'agit vraisemblablement d'un rôle secondaire.

II

M. Potain relate l'observation d'un malade admis dans son service pour des fièvres intermittentes à crises quotidiennes et qui présenta des signes très nets d'aortite (aorte débordant le sternum de 2 centimètres, élévation de la sous-clavière). La guérison se fit complète à la suite d'un traitement par la quinine.

La conclusion est que l'aorte peut être atteinte par l'infection paludéenne, que cette affection paraît analogue aux aortites légères qu'on rencontre au cours ou à la suite des diverses maladies infectieuses.

III

M. Rendu rapporte l'histoire d'une jeune femme présentant les diverses malformations qu'entraîne la syphilis héréditaire (taille anormalement petite, crâne natiforme typique, déformation du nez caractéristique, oreilles minces étalées à ourlet peu plissé, voûte palatine en ogive, dents inégales et mal rangées, sternum en carène, lésion mitrale double). En septembre 1896, la malade, âgée alors de 18 ans, contracte la syphilis : chancre induré sur la grande lèvre gauche avec adénite. Plus tard des manifestations secondaires cutanées et muqueuses vinrent confirmer le diagnostic. A la suite d'un traitement mercuriel intensif, la maladie prit une allure bénigne et les accidents disparurent rapidement.

Cette observation démontre que les stigmates de l'hérédo-syphilis sont des tares de dégénérescence bien plu-

tôt que des manifestations de syphilis en puissance active.

La présence d'une affection mitrale chez notre malade confirme ce qui a été signalé sur l'origine syphilitique probable de certaines variétés de rétrécissement mitral.

Les manifestations de syphilis héréditaire ne démontrent pas que l'organisme soit à l'abri de la contamination du virus syphilitique. On peut se demander, en présence de la marche bénigne de l'affection chez la malade, s'il n'existait par quelques traces d'immunisation relative.

La malade avant de contracter la syphilis avait eu plusieurs fausses-couches et on peut se demander si ces avortements dépendaient de l'hérédo-syphilis ou d'une autre cause.

M. FOURNIER. — La syphilis a deux modes de conséquences héréditaires :

1° La transmission de la syphilis en nature, en substance de l'ascendant au descendant;

2° La transmission de l'ascendant au descendant de divers caractères pathologiques n'ayant rien de syphilitique en soi et consistant simplement soit en des infériorités natives de constitution, de tempérament, de résistance vitale, soit en des retards, des arrêts, des imperfections, soit des déviations du développement physique ou intellectuel, soit en des malformations organiques des plus variées comme siège, soit même en des monstruosités.

La première de ces hérédités constitue l'hérédité syphilitique proprement dite, qui s'accuse par les manifestations usuelles et propres de la syphilis et sur lesquelles les remèdes usuels de la syphilis exercent leur influence connue, nettement significative, de par l'intensité et la rapidité de leurs effets curatifs.

La seconde se traduit par des manifestations qui n'ont plus rien de syphilitiques comme nature, qui sont réalisables par d'autres hérédités (tuberculeuse, alcoolique, toxique, nerveuse, etc...) et sur lesquelles l'iodure et le mercure n'exercent plus aucune action corrective.

Les dystrophies diverses qui constituent ce qu'on a appelé les stigmates d'hérédo-syphilis n'impliquent sûrement pas la syphilis sur le sujet qui les porte. Aussi ces sujets à dystrophie hérédo-syphilitique peuvent comme d'autres contracter la syphilis.

De l'observation de M. Rendu et d'observations personnelles, M. Fournier conclut à l'action nocive, meurtrière, qu'est susceptible d'exercer sur le fœtus l'influence hérédo-syphilitique et de plus à la prédisposition constituée par cette influence à l'avortement ou à l'accouchement prématuré.

M. Pinard a constaté que les femmes qui présentaient des stigmates dystrophiques dits d'hérédo-syphilis n'avaient pas de prédisposition à l'accouchement avant terme et que chez elles la grossesse évoluait comme chez les autres femmes.

IV

M. Lereboullet. — L'injection de sérum de lait est toujours inoffensive malgré les réactions individuelles qu'elle détermine parfois. Elle est très efficace dans la plupart des maladies dont la débilité et la dénutrition générale sont les caractères essentiels. Enfin le sérum de lait est, comme l'huile stérilisée, un excellent véhicule pour les médicaments les plus actifs.

V

M. A. Robin. — Il existe un rapport indéniable entre certaines dermatoses, le prurigo en particulier et la dyspepsie de fermentation, surtout quand celle-ci prend la forme butyrique. Il existe dans ces cas des lésions sanguines dont le rôle d'intermédiaire paraît tout au moins fort probable. Les lésions du sang ne sont probablement pas les seules qui jouent ce rôle d'intermédiaire et il paraît nécessaire de faire une part à l'élimination des acides par la sueur et, dans certaines circonstances, peut-être, à l'influence toujours discutable mais aussi toujours possible du système nerveux. Le traitement de la dyspepsie amène souvent en même temps la guérison de l'eczéma et du prurigo, ce qui démontre bien nettement que celui-ci est secondaire à l'état de l'estomac et des fermentations digestives.

VI

M. Berger. — Le lymphôme tuberculeux est une affection essentiellement localisée à un ganglion ou à un groupe de ganglions, à évolution excessivement lente, avec accroissement graduel et parfois considérable des ganglions malades sans grande tendance à l'envahissement de proche en proche des groupes ganglionnaires voisins, sans aucune tendance à la propagation du processus aux tissus voisins, aboutissant à la constitution de tumeurs circonscrites, dures, mobiles, indolentes, ne se ramollissant et ne suppurant jamais; telle est la physionomie classique de cette variété de tuberculose, si différentes des tuberculoses ganglionnaires d'observation commune.

Tous les muscles sont paralysés ; les fléchisseurs le sont notablement moins que les autres; les réflexes sont exagérés, pas de trouble de la sensibilité.

Le lendemain petites convulsions cloniques dans les muscles fléchisseurs de l'avant-bras ; tout le membre supérieur droit et toute la moitié droite de la face sont couverts de sueur.

Le 28 février, épilepsie jacksonienne dans tout le côté droit ; diagnostic : lésion irritative de l'écorce cérébrale du côté gauche dans la région psycho-motrice (esquille, plaque de méningo-encéphalite ou abcès).

Le 1er mars, trépanation au niveau de la région rolandique supérieure gauche. Enlèvement à la pince-gouge d'une rondelle de 5 centimètres de diamètre. Incision cruciale de la dure-mère.

La pie-mère apparaît très vasculaire ; on voit notamment une grosse veine, du volume d'une plume d'oie, faire saillie.

Le cerveau bombe et ne bat plus. On pense à une lésion sous-corticale et on ponctionne avec la seringue de Pravaz. On retire aussitôt du pus verdâtre bien lié. On incise au bistouri, et on vide une poche grosse comme une noix, séparée de la superficie par une couche corticale piquetée et un peu ramollie, de 5 millimètres d'épaisseur environ. On fait deux ponctions exploratrices dans le voisinage, sans résultat.

On pose un drain, quelques points de suture et on panse.

Le soir, le malade, qui avait environ 38°5, va bien.

Tous les symptômes disparaissent rapidement sauf la monoplégie qui ne guérit qu'au bout d'un mois par l'électrisation faradique.

M. Hirtz fait remarquer la rareté des observations semblables; il s'agit d'un abcès consécutif à des contusions, sans plaie extérieure, sans porte d'entrée ; l'examen bactériologique du pus a fait voir de nombreux petits bâtonnets très grêles, sans caractères définis.

II

Notre ancien collègue et ami Galliard rapporte l'observation d'un malade soigné dans son service pour une phlegmatia du membre inférieur gauche. Le malade avait en même temps une adénite iliaque du même côté, qui ne suppura pas ; comme cause première de ces infections, on ne trouve que des chancres mous. Ce qu'il y a d'intéressant pour nous, au point de vue thérapeutique, c'est l'emploi de la teinture d'Hamamelis, qui est un médicament provenant d'une façon incontestable de la pratique des homœopathes.

III

(*Séance du* 30 *juin.*) — MM. Enriquez et P. Lereboullet présentent à la Société un malade du service de leur maître, M. Brissaud; ce malade est atteint d'une *mélanodermie généralisée simulant une maladie d'Addison.*

C'est un homme de 47 ans, ayant commencé à maigrir d'une façon appréciable vers avril 1897. Le 19 octobre, il consulte un médecin pour une éruption eczémateuse des pieds et des mains. Celui-ci lui conseille la liqueur de Fowler à la dose de 16 gouttes par jour, quelquefois un peu plus; cette dose a été prise depuis lors sans interruption.

Vers le 15 janvier 1898, environ trois mois après le début de la médication, il ressentit une sorte d'anéantis-

sement ; il éprouva en même temps une sensation de picotement dans les yeux, qui pleuraient dès qu'il lisait, qui restaient collés le matin au réveil, et dont la conjonctive était fortement injectée.

En mars 1898, il s'est aperçu pour la première fois que sa peau devenait noire ; la pigmentation était alors nettement plus marquée sur certains points, mais rapidement elle se généralisa ; dès avril 1898, elle s'étendait à tout le corps ; en même temps il y avait toujours de la conjonctivite avec larmoiement ; le malade se plaignait en outre d'une sécheresse assez marquée de la gorge.

Le médecin qui le soigna à cette époque, se basant sur les caractères de la mélanodermie généralisée qui revêtait par places la teinte bronzée, sur l'amaigrissement qui allait progressant, sur l'asthénie légère, pensa à une maladie d'Addison et fit continuer l'usage de la liqueur de Fowler. Ce fut aussi l'opinion de M. Brissaud, qui le vit alors et lui conseilla, outre la médication arsénicale, l'emploi de l'opothérapie surrénale.

Depuis lors, les symptômes ont été s'accentuant. La mélanodermie s'est accrue, l'amaigrissement a augmenté (le malade a maigri de 20 kilos depuis le début de sa maladie, mais garde encore un état d'embonpoint très satisfaisant). En revanche, les troubles gastro-intestinaux ont été à peu près nuls. Le malade n'a jamais présenté la langue saburrale et épaisse qu'on observe chez les addisoniens ; tout au plus sa langue a-t-elle eu dans les premiers mois une teinte bleutée, porcelainique, rappelant la langue grippale. Il n'a jamais eu de douleurs lombaires et ne s'est plaint que de quelques vagues douleurs dans la région sacro-coccygienne ; il a eu de plus quelques crises de douleurs abdominales, passagères comme les précé-

dentes, et faisant penser à des coliques hépatiques ou néphrétiques.

Quant à l'asthénie, accusée par le malade dans les premiers mois de 1898, elle n'a depuis lors fait aucun progrès et ne l'a jamais empêché d'accomplir ses fonctions à la compagnie d'Orléans; elle semble même avoir considérablement rétrocédé ces derniers temps.

Au début de juin 1899, frappé de cette absence d'asthénie, de troubles gastro-intestinaux, de douleurs lombaires et de quelques caractères spéciaux de la mélanodermie, M. Brissaud l'a amené dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, pour y être examiné plus en détail et y être présenté à M. le Dr Gaucher.

C'est un homme grand, bien constitué, paraissant robuste et peu amaigri. D'emblée, l'on est frappé par la teinte fortement bronzée du visage (1).

Lorsque l'on découvre le malade on constate que la *mélanodermie est généralisée* mais présente une intensité variable suivant les points examinés. La coloration est loin d'être partout la même : fauve ou ardoisée en certains points, bronzée ou presque noire en d'autres, elle donne dans l'ensemble l'impression d'une mélanodermie addisonienne.

Pourtant, si le fond de la peau est nettement pigmenté, la pigmentation n'est pas uniforme, et sur le fond se détachent en grand nombre des *taches claires*, de la dimension d'un pois ou d'une lentille. Elles prédominent sur le thorax et l'abdomen, mais existent aussi sur les membres ;

(1) Ce malade, avant toute mélanodermie, était déjà assez pigmenté ; il avait les cheveux très noirs, et le teint du visage était normalement foncé.

ces taches, pâles, n'ont pas la coloration d'un blanc éclatant, ni la limite nettement linéaire des taches de vitiligo. L'aspect moucheté que ces taches donnent à la peau est tout à fait spécial. Cet aspect est surtout marqué sur le tronc, le dos et le ventre, où la pigmentation atteint son maximum.

En d'autres points on observe au contraire des *taches plus pigmentées* dont l'aspect rappelle celui de grains de tabac; elles siègent surtout au cou, derrière les oreilles et à la racine des membres supérieurs.

On note de plus une accentuation de la pigmentation à la ceinture, aux aines, aux aisselles et en général aux plis de flexion.

La mélanodermie très marquée à la racine des membres, notamment aux cuisses, existe encore sur les avant-bras et les jambes *mais respecte à peu près complètement les mains et les pieds*, surtout par comparaison avec le reste du corps.

A la face, elle est uniforme et relativement peu accentuée.

Enfin, fait également important, elle paraît *beaucoup moins marquée sur les organes génitaux*; le scrotum se détache en clair sur le fond pigmenté des cuisses. Pourtant, le fourreau de la verge est assez fortement pigmenté; de même la face postérieure du scrotum; et si la face antérieure paraît plus claire, ce n'est que par comparaison avec la peau avoisinante plus pigmentée; la pigmentation s'y observe aussi, mais elle est nettement moins intense qu'ailleurs.

Les *muqueuses* bucco-labiales sont peu touchées : on note une tache pigmentaire, violacée, du volume d'une lentille sur la moitié droite de la lèvre inférieure. De plus,

les deux commissures labiales, surtout la droite, ont une teinte légèrement ardoisée. Il n'existe en revanche aucune tache pigmentaire nette à la face interne des joues.

La peau de la paume des mains présente un épaississement marqué, avec de nombreuses petites saillies papuleuses des dimensions d'un pois, dures, non douloureuses; cet état lichénoïde prédomine à la paume des mains, frappe peu les doigts, n'existe pas à la face dorsale, et ne s'accompagne pas de pigmentation marquée.

Aux pieds, la lichénification est beaucoup plus accentuée, l'état kératosique est évident; si, peut-être, l'eczéma antérieur n'est pas étranger à la production de ces lésions, elles rappellent pourtant d'assez près certaines variétés décrites de kératose palmaire et plantaire d'origine arsenicale.

Les conjonctives sont très injectées ; le malade se plaint encore de démangeaisons locales et de troubles fréquents de la vision ; il y a toujours une « aridité » assez marquée de la gorge.

Pas de signes du côté de l'appareil respiratoire, bien que le malade dise tousser et cracher depuis quelques jours ; les sommets paraissent indemnes.

Rien au cœur.

Les urines sont normales, sans sucre ni albumine.

Il n'existe pas traces de paralysies, et le malade n'en a à aucun moment présenté les symptômes.

MM. Enriquez et P. Lereboullet ont trouvé un certain nombre de cas analogues dans la science et ils les passent en revue; nous rapporterons quelques passages intéressants au point de vue de nos pathogénésies.

La mélanodermie arsenicale survient principalement

après des doses moyennes longtemps prolongées, bien qu'on l'ait constatée quelquefois après des doses considérables; dans plusieurs observations, il est spécifié que, contrairement à ce qui se passe pour la maladie d'Addison, les parties découvertes ne sont que peu ou pas envahies par la pigmentation.

Chez un malade de M. Mathieu (1), chez lequel l'intoxication était beaucoup plus ancienne, voici les symptômes observés :

La peau présente une coloration nettement bronzée sur les points où elle est plus marquée, fauve ou ardoisée sur ceux où elle est moins accentuée. Sur ce fond se détachent, comme projetées, des taches lenticulaires plus claires, les unes complètement blanches, les autres plus ardoisées ou bistrées. Elles sont disséminées sans ordre à la surface de la peau comme des confetti lancés à pleines mains. Ces taches pâles, même les plus claires, n'ont nulle part ni la coloration d'un blanc éclatant, ni la limite linéaire des taches de vitiligo. Toutes ces taches sont inégalement arrondies, elles ont les dimensions d'un pois ou d'une lentille. Cette variété de teintes entremêlées donne à l'ensemble de la peau un aspect moucheté, léopardé, finement pommelé.

Dans plusieurs autres observations, on trouve ce caractère de taches, de mouchetures, qui paraît caractéristique de la mélanodermie d'origine arsenicale.

IV

M. Barbier ayant été frappé du grand nombre d'immigrés à Paris parmi les tuberculeux qui se présentent à la

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 30 mars 1894.

consultation de l'hôpital Bichat, s'est astreint à noter l'origine de tous les tuberculeux se présentant à sa consultation.

Du 8 au 15 mai, sur 18 tuberculeux, 15 étaient originaires de la province et 3 de Paris; du 15 mai au 28 juin (quarante-cinq jours) sur 140 tuberculeux, il n'y avait que 44 Parisiens et 96 immigrés, soit 68,57 p. 100, un peu plus des deux tiers.

Les circonstances qui favorisent cette tuberculisation sont le changement de vie, du grand air à l'air confiné, les fabriques, les privations et l'alcoolisme : 98 p. 100 de ces malades font ou ont fait des abus d'alcool.

M. Rendu cite à l'appui de l'influence de l'alcoolisme que presque tous les forts de la halle meurent tuberculeux ; or ce sont des intempérants, exposés aux refroidissements, amenant des bronchites qui servent d'occasion au développement de la tuberculose, à cause de l'alcoolisme antérieur.

M. Jacquet a déjà signalé cette proportion de 98 alcooliques sur 100 phtisiques et il l'a retrouvée dans plusieurs statistiques ; il signale particulièrement les buveurs d'absinthe comme très tuberculisables.

Ces chiffres sont intéressants à rapprocher des observations de Tatham faites sur l'ensemble de la mortalité anglaise : toutes les professions qui gravitent autour de l'alcool présentent une prédominance considérable de la phtisie. L'alcool est donc *bacilliphile* ou *bacillicole* à un degré beaucoup plus élevé qu'on ne le croit généralement, et on a été stupéfait du peu de place qu'a tenu l'alcoolisme dans les discussions récentes du Congrès de Berlin.

Il ajoute qu'il vaudrait mieux réprimer la liberté

absolue de l'empoisonnement alcoolique et absinthique et prévenir ainsi la tuberculose chez un grand nombre, que de les soigner, à grands frais, dans des sanatoria avec des succès rares.

M. Rendu vient de faire faire une thèse sur la fréquence de la tuberculose chez les Bretons. A Necker, ajoute-t-il, plus de la moitié des tuberculeux de tous ses services sont originaires des Côtes-du-Nord, du Morbihan et du Finistère. Or, d'après les statistiques de Boudin, vers 1835. ces trois départements étaient ceux qui fournissaient le moins de conscrits tuberculeux pour toute la France.

M. Rendu voit dans ce fait une dégénérescence de race, causée par l'alcoolisme, la misère et l'émigration bretonne vers les grandes villes.

Nous croyons que M. Rendu peut s'exagérer cette fréquence parce que l'hôpital Necker doit contenir une bien plus grande quantité de Bretons que les autres hôpitaux, les Bretons originaires des trois départements dont parle M. Rendu habitant en très grand nombre dans le quartier Montparnasse.

V

(*Séance du 7 juillet.*) — M. Merklen fait une communication sur l'emploi de la *radiographie dans les névralgies intercosto-brachiales rebelles ;* en effet, lorsque ces névralgies ne cèdent passagèrement qu'à l'emploi de l'opium à hautes doses, on craindra qu'elles soient liées à une lésion organique et spécialement à la compression des nerfs dorsaux ou de leurs branches antérieures : cette compression est habituellement produite au niveau des trous de conjugaison par le fait d'un mal de Pott, ou dans le thorax

par une tumeur du médiastin et particulièrement par un anévrysme de la crosse de l'aorte.

Ces névralgies pouvant être pendant un temps assez long le seul symptôme d'une de ces affections, il peut être intéressant d'être fixé sur le diagnostic réel, au point de vue du traitement principalement. L'examen radiographique peut rendre, dans ces cas, des services.

Un malade de son service, un homme de 62 ans, vigoureux, présentait des douleurs intercostales droites, s'irradiant dans les nerfs du bras et allant jusqu'au bout du petit doigt. Ces douleurs duraient depuis plusieurs mois ; elles continuèrent à l'hôpital. M. Merklen fit faire l'examen radiographique, qui montra l'existence de deux ombres anormales : l'une arrondie sur le côté gauche des 3e et 4e vertèbres dorsales, semblant occuper près du tiers interne de cette partie de la cage thoracique et se continuant au-devant de la colonne vertébrale pour masquer complètement les disques intervertébraux ; l'autre triangulaire à base inférieure sur le côté droit de la colonne, partant de la 4e ou 5e vertèbre dorsale pour descendre jusqu'au diaphragme. Le bord net de cette deuxième zone obscure ne permet pas de l'attribuer aux mouvements du cœur droit pendant la pose ; il répond à une opacité fixe et non intermittente.

M. Merklen pensa d'abord à un anévrysme de l'aorte, mais il se rallia ensuite à l'idée d'un mal de Pott, avec abcès par congestion ; du reste, ce diagnostic se confirmait par l'existence d'une douleur vive à la pression sur l'apophyse épineuse de la 3e vertèbre dorsale ; de plus, le malade debout, immobilisait manifestement sa tête et son cou.

Une seconde malade, une femme de 51 ans, présentant

tous les signes d'aortite chronique avec dilatation de l'aorte, est atteinte depuis des années du même type de névralgie intercosto-brachiale. L'examen radioscopique a permis de confirmer ce diagnostic, en faisant voir une dilatation anévrysmale de l'aorte.

VI

M. Lermoyez a observé un cas très intéressant de *menstruation par l'oreille droite*. Il s'agit d'une jeune fille qui, entre 13 et 14 ans, a été prise d'un écoulement sanguin par l'oreille droite, d'abord très peu abondant, puis d'une intensité de plus en plus grande; cette hémorrhagie se reproduit tous les mois, dure trois à quatre jours et est précédée d'une période de malaise; vers l'âge de 17 ans, les règles s'établissent normalement; pendant quelques mois les menstruations génitales et auriculaires coïncident, puis ces dernières s'atténuent et finissent par disparaître.

L'examen de l'oreille a démontré qu'il n'y avait aucune lésion de l'oreille moyenne, aucune perforation du tympan et que l'écoulement sanguin provenait du conduit auditif externe, qui présente un certain nombre de varicosités capillaires.

VII

(*Séance du 21 juillet.*) — M. Fernet insiste de nouveau sur un *syndrome particulier au début de la tuberculose pulmonaire chronique*, qu'il a déjà signalé à l'Académie de médecine : il consiste dans l'existence simultanée de signes physiques dans le sommet d'un poumon, dans l'espace interscapulaire, au niveau des ganglions bronchiques et enfin à la base du poumon du même côté.

Le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique elle-

même n'est d'ailleurs pas bien difficile à cette période de la maladie, si on se donne la peine de la rechercher : on trouve, en effet, assez aisément, dans la moitié de l'espace interscapulaire correspondante au côté malade du poumon, au niveau des premières vertèbres dorsales, à la percussion, un certain degré de matité avec résistance au doigt ; à l'auscultation, un souffle à timbre creux, presque cavitaire, qu'on perçoit aux deux temps de la respiration, surtout fort et prolongé dans l'expiration ; ces deux signes fournis par la percussion et par l'auscultation ont leur siège bien limité dans l'espace intercapsulaire, et ils se détachent nettement des signes qui appartiennent aux lésions pulmonaires commençantes, dont le lieu d'élection est plus en dehors, à la partie externe des fosses sus et sous-épineuse en arrière, dans le sillon pectoro-deltoïdien en avant. En même temps que l'engorgement des ganglions bronchiques, il existe très souvent une adénopathie axillaire du côté correspondant au poumon malade.

Le troisième foyer de signes physiques qu'on rencontre encore du même côté malade siège à la base de la poitrine en arrière. A ce niveau, on constate fréquemment une certaine diminution de la sonorité à la percussion et quelques râles sous-crépitants à l'auscultation. Ces phénomènes, bien que très communs, ne sont pas signalés par les auteurs, et on ne les recherche pas, ce qui tient sans doute à ce que, sachant que les lésions tuberculeuses apparaissent d'abord dans le sommet du poumon, on se contente d'examiner avec soin cette région et on néglige l'exploration des parties inférieures.

VIII

A la fin de la même séance, M. BECLÈRE rapporte qu'il

a vu dans ces derniers temps un assez grand nombre d'affections cholériformes soit en ville, soit à l'hôpital, avec algidité; un cas s'est même terminé par la mort.

Voici les principaux passages de la communication :

Le 19 mai 1899, est entrée dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, une femme de 22 ans, présentant des vomissements, de la diarrhée et le syndrome algidité, caractérisé par le refroidissement des extrémités, la petitesse du pouls et la rareté des urines contenant un peu d'albumine. Elle a guéri après quelques jours de maladie, mais a conservé pendant la convalescence des crises passagères d'algidité.

Le 25 mai, est entré dans mon service un homme de 25 ans, atteint comme la malade précédente de diarrhée cholériforme avec cyanose et refroidissement du nez, des pieds et des mains, pouls petit et urines rares, sans élévation de la température centrale ; il a voulu quitter l'hôpital le lendemain de son entrée.

Le 9 juin, un autre homme de 26 ans est entré dans mon service, atteint depuis six jours de diarrhée et de vomissements, présentant de la cyanose et du refroidissement des extrémités, un pouls petit, des urines rares, en un mot le tableau du choléra dans ses formes légères. Il a guéri assez rapidement.

Un des externes du service, jeune homme de 24 ans, de belle apparence, fut pris de même, à la fin de mai, de vomissements et de diarrhée avec refroidissement des extrémités et ne put reprendre ses fonctions qu'au mois de juillet, amaigri et très débilité.

A l'hôpital, j'ai observé un cinquième cas de diarrhée cholériforme chez un homme de 33 ans entré le 6 juillet dans mon service, et qui put en sortir guéri le 17 juillet;

l'examen bactériologique de ses selles fut fait par M. le Dr Thiercelin.

J'ai eu connaissance de plusieurs cas analogues dans les services voisins, et, en particulier, d'un cas à début très brusque et d'apparence très grave chez une surveillante qui fut transportée à l'hôpital d'Aubervilliers.

Plusieurs médecins de la ville m'ont dit avoir observé dans leur clientèle des cas du même genre; l'un d'eux a observé un cas qui a amené la mort en deux jours.

Le seul cas mortel que j'ai eu occasion de voir jusqu'à présent a été celui d'une femme de 59 ans, qui fut prise très brusquement, dans la matinée du 25 mai dernier, de vomissements répétés, de diarrhée profuse et qui mourut après quatre jours seulement de maladie. Quand je la vis, la veille de sa mort, elle était sans pouls, sans voix, sans urine, elle avait les yeux profondément excavés, les extrémités froides et cyanosées; en un mot, elle réalisait complètement le tableau que j'ai appris à connaître au cours des épidémies de choléra à bacille virgule. Cependant, comme il résulte de l'examen bactériologique des selles fait par M. Lesage, un microbe tout différent et que, jusqu'à présent, on ne croyait pas capable de provoquer des accidents cholériformes, y fut trouvé pour ainsi dire à l'état de culture pure.

L'examen bactériologique a été fait dans deux cas: une fois par M. Thiercelin, une fois par M. Lesage; on n'a jamais trouvé le bacille virgule, mais du bacillum coli et un diplocoque décrit par M. Thiercelin sous le nom d'entérocoque.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX DE LANGUE ANGLAISE

TRAITEMENT DE L'INSOMNIE PENDANT LA GROSSESSE

Le Dr R. Haehl recommande :

Aconitum. — Insomnie après minuit, avec peurs et agitation ; la malade garde les yeux fermés par crainte ; rêves angoissants et impressionnants ; insomnie par crainte nerveuse de ne pouvoir dormir, ou par suite de trouble gastrique.

Belladonna. — Excitation nerveuse par suite de congestion locale qui cause de l'insomnie, figure rouge, mal de tête, anxiété et agitation, on s'éveille en sursaut au moment de se rendormir, on se plaint et on s'agite ; la malade se sent endormie et cependant ne peut dormir, très fatiguée le matin au réveil.

Coffea. — Insomnie par suite d'excitation soit mentale, soit corporelle, par suite de joie ou de surprise agréable, par suite d'abus du café. Tous les sens sont surexcités.

Hyosciamus. — Sommeil avec beaucoup de rêves par excitement, fièvre, jalousie, crainte ou malheur en amour. Ce remède est très indiqué chez les personnes excitées pendant la grossesse.

Nux vomica. — Insomnie par troubles de l'appareil digestif. La malade fait un petit somme le matin et s'éveille fatiguée et non reposée avec mal à la tête, goût amer dans la bouche, langue sale, etc.

Stramonium. — La malade s'éveille avec un regard

chargé de violence et tout ce qui l'entoure lui semble nouveau. Insomnie avec agitation dans le lit.

Passiflora. — Insomnie avec mal de tête, par suite d'épuisement nerveux, consécutive à du surmenage intellectuel. (*The Hahnemannian Monthly.*)

TRAITEMENT DE L'HÉMATURIE DUE AUX MALADIES DU BASSINET.

Les médicaments sur lesquels on peut compter sont, d'après le Dr Steiger :

Lycopodium. — C'est un médicament qui est indiqué avant tout autre dans les affections du bassinet et non dans celles du parenchyme rénal. Il est aussi utile dans la diathèse urique que dans la goutte pour combattre la formation des calculs rénaux et du sable. Il affecte le côté droit du corps ; il y a du sable dans les urines, qui sont notablement acides, et des douleurs en urinant. Coliques néphrétiques. Il est utile dans les affections des bassinets et des calices, ce qui veut dire qu'il est aussi utile dans le catarrhe de ces parties que dans la formation de sable rénal et de calculs s'accompagnant d'hémorrhagies.

Hepar sulf. — On emploiera ce remède dans le cas d'urine neutre ou alcaline. Les médicaments qui rendent aussi service quand l'urine est alcaline sont : Natrum phos., Magnesia mur. et Coccus cacti. Quand les urines sont acides, il faut s'adresser à : Natrum mur. Lithium citr., Magnesia boro-citrica.

Berberis. — Indiqué dans les douleurs de reins aggravées par tout mouvement du corps. Les douleurs sont aiguës et sécantes. C'est un excellent remède pour les calculs dans les reins ou dans les uretères. L'urine contient un sédiment rougeâtre composé de sang, de mucus, de cellules épithéliales et de sable (urates).

Argentum nitricum. — C'est le Dr Treston qui, le premier, a administré ce remède dans les douleurs rénales, dans la congestion rénale et les douleurs dues au passage des calculs dans l'uretère. Envies soudaines d'uriner. L'urine est foncée, sanguinolente, avec un précipité d'urates et de cellules épithéliales qui viennent des bassinets.

Cantharis. — Indiqué également pour le passage douloureux de calculs dans les uretères. Urines sableuses des enfants. Cantharis diminue la durée de l'hémorrhagie et permet au calcul de passer sans douleur.

Tabacum. — Ce remède a de la valeur dans la douleur rénale s'accompagnant d'hémorrhagie, quand il y a en même temps de terribles nausées. (*Vratch Gomegat.*)

LES MÉDICAMENTS DE LA SCIATIQUE D'APRÈS MARTIN.

Aconitum. — Il est indiqué dans les cas dus à l'exposition au froid et où l'attaque a été précédée de frissons et fièvre, où les douleurs sont aiguës, lancinantes et engourdissent le membre. C'est un type de névralgie congestive, les douleurs sont habituellement pires la nuit et aggravées par le mouvement.

Belladonna. — Grande sensibilité le long du trajet du nerf; le moindre attouchement, même le simple contact de vêtements cause une douleur intense; on doit changer fréquemment de position, les douleurs sont pires la nuit, le malade essaie de dormir, mais ne peut pas y arriver, soulagement par la chaleur, amélioration quand le membre est en transpiration.

Bryonia. — Aggravation au moindre mouvement, soulagement en se couchant sur le côté douloureux, douleurs aiguës et sécantes. Dans les cas de longue durée, il y a atrophie du membre.

Colocynthis. — Elancements aigus, douleurs lancinantes dans la région sacrée s'étendant de la hanche au genou et du genou au talon, pires la nuit, douleur constante avec paroxysmes aigus, le membre semble engourdi, douleur pire par le froid et le mouvement, améliorée par la chaleur et le repos. A ce point de vue, il ressemble à Bryonia.

Ferrum. — Violentes douleurs la nuit qui forcent le malade à se lever et à marcher; tout d'abord il peut à peine mettre le pied sur le plancher, mais la douleur diminue en marchant. Les jambes sont raides et pesantes, les pieds enflés, anémie et amaigrissement général, perte d'appétit et grande faiblesse.

Iodium. — Douleur qui élance du pied vers la partie supérieure du membre avec sensation de contraction musculaire; le membre est beaucoup plus froid que le reste du corps; la plante des pieds est extrêmement sensible.

Magnesia phosphorica. — Impossibilité de rester au lit la nuit, on doit rester debout tout le temps, la douleur vient par accès de violentes douleurs fulgurantes. (*Pacific Coast Journ. of Hom.*).

NUX VOMICA DANS LES MALADIES DES YEUX.

Le Dr Norton indique Nux : dans la blépharite des alcooliques, dans la kératite phlycténoïde des enfants mal nourris, lorsqu'elle s'accompagne de larmoiement, de photophobie et d'aggravation du matin, son instillation journalière dans les yeux quelques jours de suite donne de brillants résultats. Les ulcères de la cornée avec photophobie excessive, rougeur et larmoiement, s'en trouvent bien également. Dans l'asthénopie caractérisée par un sentiment de vertige et

de pesanteur de la tête en marchant, et surtout si on a fatigué ses yeux avant d'aller au lit, et aussi si la cause peut se rattacher à des troubles gastriques, Nux est un bon remède. Dans quelques-uns de ces cas, le Dr Norton trouve nécessaire de donner V gouttes de T. M. trois fois par jour et il augmente de II ou III gouttes par jour jusqu'à ce qu'il atteigne XL gouttes, puis il va en diminuant la dose graduellement. Dans la névrite rétro-bulbaire et l'atrophie du nerf optique, c'est aussi le remède. (*Homœopathic Ear, Eye and Throat Journal.*)

CORONILLA VARIA DANS LES MALADIES DE CŒUR.

Poulet a fait une série d'observations cliniques sur l'action de Coronilla varia dans les maladies de cœur. Il donnait le médicament sous forme d'infusion ou en substance à la dose d'un décigramme quatre fois par jour. De ces observations, l'auteur conclut que Coronilla est un excellent remède cardiaque ; il augmente les contractions cardiaques et en régularise le rythme. Il agit admirablement dans les palpitations de n'importe quelle cause. Il a aussi un très bon effet sur les fonctions digestives, et à ce point de vue il est supérieur à Digitalis que beaucoup de malades ne peuvent supporter parce qu'il leur cause des nausées, des vomissements et de la diarrhée. Coronilla est donc indiqué dans les maladies de cœur qui s'accompagnent de troubles digestifs et de vertige. Contrairement à beaucoup de remèdes cardiaques, Coronilla n'a pas d'effets cumulatifs, c'est un excellent diurétique et, quelquefois, il réussit après l'échec de Strophantus, Spartéine et Digitalis. (*Ann. Hom.*)

SENECIO DANS LA MENSTRUATION DOULOUREUSE.

Le Dr Lyman Watkins recommande beaucoup Senecio

pour les femmes qui ont des règles assez douloureuses, pour les forcer à garder le lit à ce moment, que ces règles soient abondantes ou non. Il le fait prendre, non pas au moment des époques, mais dans l'intervalle. Sous l'influence de Senecio toutes les douleurs disparaissent généralement, et souvent la malade a l'agréable surprise de se trouver indisposée sans avoir eu aucune des douleurs prémonitoires dont elle avait l'habitude. Dans quelques cas, le soulagement peut persister pendant plus d'un an, et alors si l'on revient à Senecio, le même soulagement se reproduit. Les malades qui prennent Senecio acquièrent promptement une meilleure santé générale. (*Ann. Hom.*)

LES INDICATIONS DE STRAMONIUM DANS LA FOLIE.

D'après le Dr Taylor les indications de Stramonium sont : la lenteur de l'esprit, une sensation de stupeur, une grande indifférence, une mémoire amoindrie, l'impossibilité de suivre une conversation ; le malade, après avoir dit un ou deux mots, oublie très facilement ce dont il parlait ; d'habitude, il y a des hallucinations et très marquées. Le malade semble effrayé et agit comme s'il l'était ; il voit des personnes imaginaires, des animaux et d'autres objets, il regarde tout à l'entour de la chambre, dans le lit, dessous par crainte de quelque être imaginaire ; il cherche à attraper ou à éviter ce qu'il croît voir ; il s'imagine qu'il y a hors de la chambre des personnes qui l'appellent par son nom ; il parle de ce qu'un esprit lui a dit ; il s'imagine entendre de la musique, et quand il est seul il cause avec des êtres imaginaires. Il s'imagine aussi qu'il est mort, ou bien qu'il va être tué, ou que le monde va être détruit. Il est mélancolique un instant et gai un autre ; il a besoin de lumière et de société et déteste être

seul ; il désire qu'on l'emmène hors de la chambre mais alors ne sait pas où aller et fait quelques pas dans une direction puis dans une autre, et finalement préfère retourner dans sa chambre. Par suite de vertige, il ne peut marcher dans l'obscurité ni les yeux bandés. Il s'imagine qu'il a fait quelque chose de mal ou bien il dit : « Je n'ai jamais fait de mal et je ne peux m'imaginer pourquoi on me poursuit ». Le regard est sauvage et fixe, les pupilles sont plus ou moins dilatées. Contrairement à Hyosciamus, le pouls est au-dessous de la normale, mais en règle générale la température n'est pas modifiée. Le malade se couvre la tête avec ses couvertures et quelquefois se glisse sous le lit. Il s'imagine qu'il voit des couleurs ou de belles visions.

Sa figure a tendance à être congestionnée ; la bouche, la langue et la gorge sont très desséchées et l'eau ne semble pas faire beaucoup plaisir aux malades. (*The Clinique.*)

Dr G. NIMIER.

REVUE DES JOURNAUX

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR DES INJECTIONS DE BI-IODURE DE MERCURE A DOSES MASSIVES CALCULÉES D'APRÈS LE POIDS DU MALADE.

Depuis quelques années, M. le Dr P. N. Prokhorov, médecin de l'hôpital du Zémstvo à Yambourg, a recours dans le traitement de la syphilis à des injections intra-musculaires de bi-iodure de mercure à la dose de 0 gr. 003 milligrammes par kilogramme du poids du patient chez l'adulte et de 0 gr. 0015 décimilligrammes chez les enfants, injectant, par exemple, en une fois 0 gr. 24 centigrammes de bi-iodure à un malade pesant 80 kilogrammes. Ces doses, considérées jusqu'ici comme toxiques, auraient toujours été bien supportées sans même produire de stomatite, et leur action curative, à l'égard des manifestations syphilitiques, serait remarquablement rapide.

Notre confrère a été amené à concevoir cette méthode de traitement, d'une part à la suite d'expériences qui lui ont montré que l'action physiologique d'un médicament peut être très différente selon la dose employée et, d'autre part, en se fondant sur cette considération très rationnelle, à savoir que le dosage des substances médicamenteuses doit être proportionné au poids du malade.

Les essais cliniques n'ont pas tardé à convaincre M. Prokhorov que le mercure, qui, administré en quantité relativement faible, peut produire des accidents toxi-

ques, est d'ordinaire bien supporté lorsqu'on l'emploie à doses massives, suffisamment espacées.

Laissant de côté l'explication théorique que notre confrère donne de ce fait en apparence paradoxal, il y a lieu de remarquer que la valeur de la méthode de traitement dont il s'agit et à l'égard de laquelle l'opinion médicale en Russie s'est montrée d'abord très sceptique, a été confirmée récemment par trois médecins militaires russes, MM. les docteurs I. S. Tchevagesky, E. P. Taubé et N. E. Akatzatov, qui ont expérimenté ce procédé sur une vaste échelle en se conformant aux règles suivantes, établies par M. Prokhorov.

Après avoir déterminé exactement le poids du malade, on désinfecte la région où l'injection doit être pratiquée (deux travers de doigt en arrière du grand trochanter). On brosse la peau au savon et on la frotte ensuite avec de la benzine et finalement avec une solution de formol à 1/000.

Si les téguments sont très sales, on pratique, en outre, un badigeonnage à la teinture d'iode et, au bout de cinq minutes, on décolore la peau en la lavant avec de l'ammoniaque liquide. Ceci fait, on procède à l'injection dans l'épaisseur du muscle fessier d'une solution dont chaque centimètre cube contient exactement 0 gr. 003 milligrammes de bi-iodure de mercure et qui est formulée ainsi :

Bi-iodure de mercure	0 gr. 30 centigr.
Iodure de potassium.	0 gr. 60 —
Eau distillée.	Q. S. pour obtenir

une solution de 100 c. c.

La quantité de liquide injecté est proportionnée au poids du patient. C'est ainsi qu'à un adulte on injectera

autant de centimètres cubes que le sujet pèse de kilogrammes. Chez l'enfant la dose sera moitié moindre. L'injection est pratiquée lentement, le malade étant couché sur le ventre. La petite opération terminée, on obture l'orifice de ponction avec du collodion, après quoi le patient doit garder le lit durant quarante-huit heures.

Pendant les premiers jours le malade ressent, au niveau du point injecté, une douleur plus ou moins vive mais tolérable, et son poids diminue pour revenir à ce qu'il était précédemment ou même encore augmenter au bout de dix jours, moment où l'on répète l'injection. Les manifestations syphilitiques secondaires aussi bien que tertiaires commencent à rétrocéder après la première ou la seconde injection, et elles disparaissent à la suite de la troisième ou de la quatrième injection.

Pendant toute la durée de la cure les malades doivent être soumis à la suralimentation.

D'après le témoignage unanime des médecins qui ont employé la méthode de M. Prokhorov, ce mode de traitement présenterait sur tous les autres l'avantage d'exercer une action beaucoup plus rapide et plus sûre. (*Semaine médicale*, 17 mars.)

LIERRE ET HÉRÉDINE

De tout temps, le lierre a été considéré comme une plante suspecte et dangereuse (1). Si l'on a pu lui reconnaître de nombreuses propriétés thérapeutiques et si quelques auteurs ont pu recommander les fruits de cette plante comme purgatifs, l'emploi du lierre comme plante médi-

---

(1) Communication de M. Joanin à l'Académie des sciences.

camenteuse est actuellement tombé dans l'oubli. Néanmoins, les fruits de l'*Hereda helix* déterminant assez souvent chez les enfants des phénomènes d'intoxication parfois mortels, l'étude des principes immédiats contenus dans la plante nous a paru digne d'intérêt et ce sont nos premiers résultats que nous présentons dans cette note.

Nous avons plus particulièrement étudié l'action toxique et physiologique de l'hérédine, glucoside le plus important du lierre, et dont l'étude chimique est l'objet d'une note spéciale de M. Houdas.

Notre expérimentation a porté sur des grenouilles, des cobayes, des lapins et des chiens.

Les animaux à sang froid sont peu sensibles à l'action de l'hérédine. La dose de glucoside nécessaire pour déterminer la mort d'une grenouille de poids moyen (35 à 40 gr.) est de *cinq milligrammes*. La mort survient très lentement en vingt-quatre ou trente heures. Le seul phénomène que l'on observe est une paralysie lente et progressive.

Il n'en est pas de même pour les animaux à sang chaud. Des doses relativement très faibles de glucoside sont mortelles pour les cobayes et les lapins. Ces doses varient :

De 5 centigr. à 7 centigr. par kilogramme d'animal en injection hypodermique ;

De 3 centigr. à 4 centigr. par kilogramme d'animal en injection intrapéritonéale ;

De 2 centigr. à 3 centigr. par kilogramme d'animal en injection intraveineuse.

Quel que soit le mode d'administration employé, les phénomènes d'intoxication déterminés par le glucoside du lierre restent constants. Les symptômes d'intoxication observés chez les cobayes et les lapins sont peu bruyants

et peuvent se résumer ainsi : abattements, frissons, hypothermie souvent très accentuée, météorisme, diarrhée parfois sanguinolente, coma, mort. Les lésions que l'on trouve à l'autopsie sont : congestion très vive des organes de la région sous-diaphragmatique, érosions sanguines et tuméfaction de la muqueuse intestinale, poumons œdémateux et légèrement congestionnés.

Par injection stomacale l'hédérine donne lieu, chez les chiens, à des phénomènes émétiques. Les vomissements sont abondants. L'effet purgatif est également très prononcé.

Sous l'influence de l'hédérine, la pression artérielle baisse d'une façon passagère si la dose de glucoside injectée est faible (0 gr. 10 à 0 gr. 15 pour un chien de 15 kilogr. en injection intraveineuse). Pour des doses supérieures, la chute de la tension est plus prononcée et s'accroît jusqu'à la mort de l'animal.

L'hédérine peut donc être considérée, au point de vue pharmacodynamique, comme un éméto-cathartique. Les lésions qu'elle détermine se rapprochent d'ailleurs beaucoup des lésions observées sous l'influence des drastiques.

La comparaison de l'action toxique exercée par le lierre en nature et de l'action de l'hédérine montre que ce glucoside est la cause d'un certain nombre de symptômes observés dans l'empoisonnement hérédique. Cet empoisonnement se caractérise par des effets émétiques et purgatifs, accompagnés d'ébriété, d'excitation, de secousses convulsives. Les lésions relevées à l'autopsie sont, d'autre part : inflammation plus ou moins vive des voies digestives, engouement des méninges et des poumons.

Les effets émétiques et purgatifs exercés par le lierre paraissent dus à la présence de l'hérédine dans cette

plante. Quant aux accidents nerveux signalés dans les cas d'intoxication connus, ils ne sont certainement pas causés par le glucoside dont nous venons d'indiquer les effets. Peut-être existe-t-il dans le lierre un autre principe actif capable d'influencer le système nerveux et de déterminer les phénomènes d'excitation et les secousses convulsives indiquées. C'est probablement un composé de ce genre qui aura été entraîné dans l'hédérine isolée par Vernet, et qui aura été cause des différences que nous pouvons noter entre les symptômes indiqués par cet auteur et ceux que nous avons toujours rencontrés.

L'action exercée par l'hérédine est constante. Nous l'avons toujours retrouvée semblable dans l'emploi d'échantillons provenant de traitements chimiques différents.

Les conclusions expérimentales que nous présentons sont le résultat de la comparaison de 48 expériences. (*France médicale*, 23 juin.)

LE SULFATE DE CHÉLIDONINE CONTRE LE CANCER DE L'ESTOMAC

M. le Dr M. N. Ivanov (de Gjatsk) a eu recours avec succès, chez une femme, âgée de 52 ans, et atteinte de cancer de l'estomac, à l'usage interne de la chélidonine, alcaloïde retiré de la grande chélidoine. Cette femme se trouvait dans un état de profond marasme; elle souffrait de violentes douleurs localisées au niveau de l'estomac et vomissait tout ce qu'elle ingérait, de sorte qu'on dut l'alimenter par la voie rectale; les matières vomies avaient l'aspect du marc de café; de plus, le foie était augmenté de volume et son lobe gauche offrait une saillie très sensi-

ble à la pression. L'existence d'un néoplasme malin n'était donc point douteuse : il s'agissait probablement d'un cancer situé près du pylore et ayant amené soit une métastase du côté du foie, soit des adhérences entre cet organe et l'estomac.

Sous l'influence du sulfate de chélidonine administré en cachets, à la dose de 0 gr. 10 centigrammes à 0 gr. 15 centigrammes, répétée deux fois par jour, l'état de la malade s'améliora rapidement. Les vomissements, qui persistaient depuis trois mois, cessèrent au bout de douze jours, la sensibilité douloureuse de la tuméfaction hépatique ainsi que la dilatation stomacale s'atténuèrent et l'appétit se rétablit. Bientôt la patiente put s'alimenter par la bouche et se lever. Elle a engraissé et se sent très bien. Seule, la tumeur du foie indique la persistance du processus morbide. S(*emaine médicale*, 5 octobre.)

OPOTHÉRAPIE PAR LE CORPS JAUNE

M. Lebreton relate des observations tendant à démontrer que les préparations de corps jaune peuvent être substituées avantageusement à la médication ovarienne dans le traitement des accidents de la ménopause (céphalées, bouffées de chaleur, vertiges, étourdissements, etc.). (*Semaine médicale*, 28 juin.)

BIBLIOGRAPHIE

Le cancer et les symptomes du cancer. Son traitement arborivital, par le Dr Robert H. Cooper.

Dans cet opuscule, le Dr Cooper expose le traitement de plusieurs cas de cancer d'après son traitement arborivital. On sait en quoi consiste cette méthode que son auteur réserve d'ailleurs au seul traitement des maladies chroniques et du cancer. Etant donné un cas à traiter, on fait prendre au malade une seule goutte du suc frais de la plante médicinale dont les symptômes se rapportent à ce cas et on laisse le remède agir. On aurait rarement besoin de donner une nouvelle dose ou alors ce serait à un intervalle éloigné. D'après le Dr Cooper, cette goutte de médicament une fois introduite dans l'organisme s'y développerait en quelque sorte à la façon d'une graine que l'on met en terre et qui donne ensuite naissance à une fleur ou à un arbre et irait ainsi enserrer le mal partout où il se trouve et le détruire sur place.

Quelle que puisse être la valeur de cette explication, on ne peut nier les beaux résultats que le Dr Cooper a obtenus dans le traitement des quelques cas de cancer qu'il relate dans son opuscule et nous croyons qu'en présence d'une maladie aussi rebelle au traitement que le cancer, on est en droit d'essayer tout ce que proposent les médecins honnêtes et de bonne foi comme notre confrère anglais. Quant aux médicaments qu'il a employés ce sont Ornithogalum Omb-Lerrum picricum, Lobelia infl., Helleborus vir. et Actæa rac. Dr G. Nimier.

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

SEPTEMBRE 1899

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

DES BAINS FROIDS ET DES ANTISEPTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

Nous avons parlé, en terminant notre premier article, des médecins de l'école de Hahnemann qui appliquaient au traitement des *maladies dites infectieuses*, et en particulier à celui de la fièvre typhoïde, les *antiseptiques* et les *antithermiques* : le sulfate de quinine, l'antipyrine, l'acide phénique, etc., et en plus, comme antithermique, les bains froids. Cette pratique absolument étrangère à la thérapeutique homœopathique est le résultat d'une sorte d'entraînement que subissent, à leur insu, les esprits les plus fermes, quand ils sont pris dans un courant d'opinions passionnées, comme celui qui règne en ce moment, dans le monde médical. Je ne puis,en effet, attribuer qu'à une sorte d'illusion produite par le mouvement scientifique ambiant des phrases comme celle-ci, que j'ai entendu prononcer, non seulement à des allopathes mais encore à de fidèles amis d'Hahnemann : « Tant que nous ne posséderons pas un médicament capable de détruire le microbe pathogène de la fièvre typhoïde, nous ne posséderons pas le traitement de cette maladie ».

Les allopathes qui attendent et recherchent le médica-

ment contraire au microbe pathogène de la fièvre typhoïde pour trouver le traitement de cette maladie se font illusion, sans doute, mais au moins ils sont logiques ; ils s'inspirent des grands principes formulés par Galien ; ils prétendent détruire la maladie en détruisant sa cause. Mais le disciple de Hahnemann qui se laisse prendre aux mêmes illusions renonce aux enseignements que nous ont laissé Hippocrate, Stahl, van Helmont, J. Hunter et Hahnemann. Ces grandes intelligences nous ont appris que c'était l'organisme qui opérait la guérison de la maladie et que les médicaments se bornaient à aider l'organisme dans sa lutte ; que, par conséquent, il n'y avait pas à rechercher le contraire de la cause de la maladie, mais à aider la nature.

Il n'existe pas, en thérapeutique médicale, de médicaments capables de détruire le microbe pathogène d'une maladie, une fois que ce microbe a pénétré dans l'organisme, qu'il s'y multiplie et sécrète ses toxines. A ce moment l'antisepsie n'a plus rien à faire. Elle pouvait *prévenir* et tous les jours, en chirurgie, elle prévient l'entrée du microbe pathogène dans l'organisme ; elle constitue l'*asepsie* chirurgicale. En médecine son rôle est tout autre ; il s'y réduit à un rôle hygiénique. L'antisepsie peut et doit nous donner des boissons privées de microbes pathogènes ; elle peut, par la désinfection, détruire les foyers de contagion ; son rôle est *prophylactique* ; mais encore une fois l'antisepsie n'a plus rien à prétendre quand l'évolution morbide est commencée ; la parole est à l'organisme et aux forces de résistance dont il dispose.

Ne demandons donc plus un médicament pour arrêter dans l'organisme l'œuvre du microbe pathogène et pour le tuer ; demandons plutôt des médicaments et des médi-

cations qui mettent l'organisme en état de lutter contre l'infection et contre l'intoxication qui en est la suite.

Une remarque : notre critique s'adresse aux médications antiseptiques et antithermiques prescrites comme médication de fond, comme traitement de la maladie ; mais nous reconnaissons qu'accidentellement, et quand il existe des indications positives, certains médicaments, employés généralement comme antiseptiques, doivent être prescrits dans le cours des maladies infectieuses. Le sulfate de quinine, par exemple, quand le processus morbide présente de véritables *accès*. Il en est de même du froid, des bains, des affusions, par exemple, que nous avons vus si souvent employés par Récamier, quand nous étions son interne ; moyen énergique, et qui, lorsqu'il est indiqué, fait disparaître les complications les plus graves.

Le traitement des *pyréxies infectieuses par les bains froids* né de cette idée que la température élevée (39°5 et au dessus) constituait une menace de mort, surtout quand cette température se continue pendant des semaines, comme dans la fièvre typhoïde. Cette thérapeutique est un modèle de simplicité pour ne pas dire plus ; elle repose sur ce raisonnement : la chaleur fébrile est un danger ; l'indication qui s'impose est celle de diminuer cette température ; or le bain froid de 16 à 20 degrés est un moyen héroïque d'abaisser la température, donc le bain froid est indiqué par l'hyperthermie. Mais l'abaissement de la température est de courte durée ; un second précepte s'impose et complète le premier : le bain froid sera répété toutes les deux ou trois heures. On est arrivé ainsi à donner 150 et 200 bains froids dans le cours de la fièvre typhoïde.

Du reste, voici la formule de Brandt pour cette médication :

Aussitôt que la température atteint 39°5 dans le rectum, on plonge le malade dans un bain au-dessous de 20 degrés; il y reste dix minutes, avec des compresses froides sur la tête ; puis on le replace dans son lit, recouvert seulement d'une légère couverture avec un cruchon d'eau chaude aux pieds ; la température baisse habituellement d'un ou deux degrés, et dès qu'elle remonte au-dessus de 39 un nouveau bain est administré.

Ce bain est loin d'être agréable. Pendant les premières minutes la température s'élève encore et c'est seulement vers la fin du bain qu'elle commence à s'abaisser. Nous avons dit que le maximum de cet abaissement s'observait quand le malade était recouché. Le malaise et la sensation du froid est bientôt suivi d'un frisson grelottant avec claquement de dents ; la gêne de la circulation va en augmentant ; les lèvres et les extrémités bleuissent : et alors, quel que soit le temps écoulé depuis l'immersion, le malade doit être retiré, sous peine d'un collapsus et de syncope mortelle. Si le pouls est très affaibli quand le malade est dans son lit, on lui fait prendre un peu de vin généreux.

Les bains très courts, dix minutes, très froids, 19 degrés et répétés fréquemment sont les plus énergiques.

Sous l'influence de ce traitement, une amélioration se produit le *plus souvent* : le délire et la stupeur cessent; la langue se nettoie; l'appétit revient; mais la maladie suit son cours ; elle a sa durée normale et les complications habituelles de la fièvre typhoïde se montrent aussi souvent ; quelques-uns disent : plus souvent que chez les malades soumis à l'expectation ; enfin, il faut compter

encore les cas, très rares, où l'eau froide est mal supportée et les chutes de la température insignifiantes. Nous reviendrons sur ces faits.

Cette conception du traitement des pyrexies contient plusieurs erreurs. C'est une erreur d'enseigner que le danger de mort vient de l'hyperthermie; il vient de l'altération qui est cause de l'hyperthermie (infection ou intoxication).

Une autre erreur c'est de croire que le bain froid agit aussi simplement qu'on l'a dit, comme un simple *réfrigérant*. Il n'y a point ici une action comparable à celle produite lorsqu'on plonge un fer chaud dans l'eau ; mais l'action est complexe, c'est une action vitale et non physique, dont nous devons maintenant étudier les différentes phases.

Au début de l'action du bain froid il y a lutte de l'organisme contre le refroidissement, quelquefois même la température commence à s'élever, puis elle diminue ; mais c'est seulement quelques minutes après que le malade est rentré dans son lit que le véritable abaissement se produit.

J'ajoute que, pendant la lutte de l'organisme contre le froid, les oxydations augmentent, et par conséquent le danger augmente aussi, et c'est seulement dans la seconde période, quand la température tombe franchement, que les oxydations diminuent.

Ainsi, abaissement de la température et diminution des oxydations, voilà deux actions produites par les bains froids. Y en a-t-il d'autres? L'évacuation des toxines par les urines est-elle plus considérable?

Les typhiques traités par l'expectation évacuent leurs toxines par les urines, non seulement pendant la maladie

mais encore pendant la convalescence. Ceux qui sont traités par l'antipyrine n'évacuent pas de toxines pendant la maladie, mais ils continuent cependant à en produire, car ils en évacuent des quantités considérables pendant la convalescence. Les malades traités par les bains froids rendent des quantités de toxines plus grandes pendant le traitement, mais ils n'en rendent pas pendant la convalescence. (*Revue de médecine*, année 1899.)

Que conclure de ces expériences, en apparence paradoxales? Que le mode suivant lequel a lieu l'évacuation des toxines n'a pas grande importance dans la guérison de la fièvre typhoïde, puisque les malades traités par l'antipyrine n'évacuent pas de toxines pendant la durée de la maladie et guérissent cependant en grande proportion.

Maintenant que nous avons exposé le mode d'action des bains froids, interrogeons la clinique.

La clinique est unanime pour affirmer que les typhiques traités par les bains froids présentent une amélioration considérable des symptômes, mais que la maladie n'est pas abrégée (1). C'est absolument comme le *salicylate* dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu; il fait disparaître les douleurs et la fièvre, mais la maladie n'est point coupée, le médicament doit être continué longtemps; enfin les complications sont aussi nombreuses avec le salicylate qu'avec l'expectation. Il en est de même pour les bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde.

---

(1) « Aucun des promoteurs de la réfrigération n'a pu établir que la durée totale de la maladie fût abrégée. » (Hayem, *Leçons de thérapeutique*, p. 231.)

Complications attribuées au bain froid : le *collapsus*, les *hémorrhagies intestinales* et la *pneumonie* ont été observés pendant le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. On a répondu à ces faits en disant que le traitement avait été mal appliqué! Mais c'est là un argument à la portée de tous les systématiques. Il suffit de réfléchir que l'action du bain froid sur l'animal en santé produit la congestion de la veine-porte et du poumon, la diminution de la tension artérielle, l'accélération des battements du cœur et la mort par syncope pour comprendre la possibilité de complications et d'accidents trop souvent signalés pendant le traitement des maladies fébriles par les bains froids répétés.

Nous lisons dans la thèse de *Mohabed ben Amor*, soutenue en 1889, que tout changement dans l'état vasculaire de la peau entraîne un changement inverse dans la circulation des viscères de l'abdomen. La contraction des vaisseaux cutanés, par le froid, entraîne une congestion énorme de la veine-porte. Or, si on se rappelle que la ligature de la veine-porte produit l'*hypotension* artérielle, l'accélération des mouvements du cœur, puis son arrêt en syncope, comme après une hémorrhagie, si on rapproche de ces faits l'accélération du pouls et de la respiration, l'hypotension artérielle et la mort par syncope produite chez l'animal sain par les bains froids, on comprendra tous les accidents : congestion, hémorrhagie et syncope produits chez bon nombre de malades soumis au traitement de Brandt.

En résumé donc, la méthode des bains froids doit compter avec des complications redoutables : la syncope et le collapsus pendant le bain ou immédiatement après ;

l'hémorrhagie intestinale ou la congestion pulmonaire et la pneumonie.

C'est toujours, pour le médecin digne de ee nom, une situation fort délicate, que l'emploi d'une médication qui peut tuer, si exceptionnel qu'on voudra supposer ce résultat de la méthode des bains froids. Le précepte *primo non nocere* doit toujours être présent à l'esprit du médecin. Mais, dira-t-on, si l'indication est positive, si les résultats sont exceptionnellement heureux, le médecin est parfaitement justifié d'employer une méthode qui, après tout, est beaucoup moins dangereuse que la maladie à laquelle elle s'applique et c'est un précepte traditionnel qu'à un état périlleux il est toujours permis d'opposer un moyen dangereux.

Posé en ces termes, et dans le cas particulier, ce précepte est faux.

Ce précepte est faux, car l'indication, si positive qu'elle soit, s'adresse non à la maladie mais à un symptôme, l'hyperthermie ; parce qu'enfin les résultats de cette méthode sont loin d'être aussi beaux qu'on se plaît à le dire.

Comme toujours, les partisans des bains froids dans la fièvre typhoïde ont appelé la statistique à leur secours et presque tous ont fait mentir la statistique.

Dans ces statistiques, non seulement on voit figurer des cas dont le diagnostic n'est pas certain, mais on élimine les malades chez lesquels la méthode a été appliquée trop tardivement et encore ceux chez lesquels sont survenus des complications. On n'a pas eu toujours le soin de séparer les cas relatifs aux adultes et ceux relatifs aux enfants qui guérissent presque toujours; enfin on n'a tenu nul compte du caractère des épidémies.

« D'après les médecins qui ont étudié avec soin ces statistiques, et qui en ont modifié les chiffres en tenant compte, autant que possible, de ces divers défauts, la mortalité s'élevait, pour la fièvre typhoïde, à 18 ou 20 p. 100. (Hayem, *Loc. cit.*, p. 223.) »

18 *ou* 20 p. 100 *de mortalité* ! ce n'est pas réellement la peine d'imposer aux malades et à leur famille les souffrances et les fatigues d'un tel traitement, de courir le risque de produire des complications mortelles pour arriver au chiffre de 18 p. 100. A l'hôpital Saint-Jacques où les malades sont traités par l'homœopathie, la mortalité par fièvre typhoïde dans une statistique de 38 ans donne le chiffre de 6 p. 100.

Nous ne dirons qu'un mot de diverses méthodes qui, toutes, se rattachent aux bains froids, l'enveloppement dans le drap mouillé ; les lavements froids, le bain tiède progressivement refroidi, les bains tempérés, les bains d'air, toutes ces médications ont pour but et aussi pour résultat d'abaisser la température des fébricitants, mais aucune n'apporte les grandes perturbations produites par les bains froids répétés. Les bains tempérés de 30 à 33° prolongés une demi-heure ou une heure abaissent très peu la température, mais calment et soulagent beaucoup les malades.

Je dois parler maintenant des *affusions froides* dont l'usage a précédé pendant de longues années la méthode de Brandt.

L'*affusion froide* est indiquée par les états appelés *ataxique* et *adynamique* ; ils n'ont pas d'action antithermiques.

Cette méthode thérapeutique est due surtout à Curne et

à Récamier ; Trousseau n'a fait que vulgariser ce qu'il avait appris de son maître.

Si l'indication des affusions s'inspire d'une théorie bien différente de celle des bains froids répétés, le mode d'administration est bien différent dans les deux cas.

Voici un fait qui a été connu de tous les élèves de Récamier, et qui donnera une idée assez exacte des indications de la méthode des affusions froides, de son mode d'administration et de sa puissance.

C'était à l'Hôtel-Dieu : un malade, dans le second septenaire de la fièvre typhoïde, présentait l'état le plus grave : adynamie profonde, perte de la connaissance, avec délire tranquille, paroles sans suite et inintelligibles, prostration, évacuations supprimées, ventre ballonné, chaleur intense, pouls fréquent, mais encore bien frappé. Récamier le fait placer nu dans une baignoire vide ; 6 brocs d'eau à la température de la salle sont versés sur sa tête. Le malade, replacé dans son lit, est essuyé et énergiquement frictionné. L'affusion est répétée trois fois dans la journée. La prostration, le délire disparaissent ; tous les symptômes s'améliorent rapidement, et la convalescence s'établit dans la quatrième semaine. Ce malade, après sa guérison, est devenu cocher de Récamier et est resté à son service pendant des années.

Le délire et la prostration sont les deux indications principales du traitement par les affusions froides. Ce moyen est applicable et a été appliqué à toutes les pyrexies : fièvres éruptives et pneumonies.

Il existe une seule contre-indication à ce traitement. c'est la menace de paralysie cardiaque annoncée par la faiblesse du pouls, sa grande fréquence, son arythmie, la tachycardie, l'embryocardie et surtout la disparition d'un des temps des battements cardiaques.

Je ne dirai qu'un mot de l'emploi des *médicaments antiseptiques* dans le traitement de la fièvre typhoïde : tous ont été essayés : sulfate de quinine, antipyrine, acide phénique, digitale, et tant d'autres ; aucun n'a donné de résultats positifs. Et c'est pour cette raison que les médecins de l'école officielle, découragés des traitements dont aucun n'est comparable à l'expectation, ont embrassé comme un dernier espoir les bains froids dans le traitement de toutes les pyrexies. Nous venons de voir tout ce que cette méthode contenait d'illusions et apportait de mécomptes.

Je dois rappeler que les antiseptiques doivent, d'après les médecins qui les préconisent, être employés à doses massives : 2 et 4 grammes d'antipyrine, 1 à 2 grammes de sulfate de quinine, 75 centigrammes à 1 gramme de feuilles de digitale ; prescrire de petites doses de ces médicaments, 50 centigrammes de sulfate de quinine, par exemple, ce n'est pas comprendre la médication antiseptique.

L'*histoire des variations* des antiseptiques est fort instructive. « En 1882, triomphe de l'acide phénique. Il est non seulement le plus merveilleux des antiseptiques, mais aussi un puissant antithermique. Une année plus tard, en 1883, nous assistons à la vogue de la résorcine. Son règne dura peu, car l'année suivante (1884), elle est détrôné par la kairine, à laquelle ne tarda pas à faire concurrence la thalline et l'antipyrine. » (Hayem. *loc. cit.*, p. 276.)

Quelle justification de cet implacable sarcasme de Trousseau : hâtez-vous de prescrire ce médicament pendant qu'il guérit ! et combien les élèves d'Hippocrate, de Hahnemann et de Pasteur, les serviteurs de la thérapeu-

tique positive, doivent se trouver heureux de ne pas subir ces humiliantes variations. Combien encore plus heureux sont leurs malades de n'être pas soumis à semblables expérimentations !

Concluons donc que la véritable thérapeutique est celle qui repose sur des *indications positives*, et sur la matière médicale expérimentale ; que s'obstiner à traiter la *cause* inconnue des maladies, c'est s'enfermer volontairement dans une impasse, se soumettre d'avance à *gober* toutes les hypothèses que les chercheurs de quintescence produisent avec une fécondité aussi déplorable que merveilleuse. C'est, en un mot, renoncer à la seule thérapeutique digne de vrais savants et capable de soulager et de guérir.

D[r] P. JOUSSET.

VERATRUM VIRIDE DANS LA FIÈVRE PALUDEENNE. — A PROPOS D'UNE RÉCENTE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE.

Il y a deux ans, j'ai fait paraître, dans l'*Art médical*, une étude sur l'action de *veratrum viride* dans les fièvres à grande oscillation de température, signalant dans ces grands écarts de température aussi bien l'importance de l'état d'hypothermie que de l'hyperthermie considérable. Je passai en revue les médicaments antithermiques, et je soulignai ce fait qu'il y avait peu de médicaments présentant dans leur matière médicale le froid caractéristique des *veratrum* associé à des poussées de fièvre considérables. Ces grands écarts de température se rencontrent le plus souvent dans les infections à streptocoques, la fièvre puerpérale en premier lieu, et toutes les fièvres de suppuration

à streptocoques : d'où l'importance du *veratrum viride* en teinture-mère, dans les états ci-dessus mentionnés.

Je n'ai pas eu l'occasion de traiter un accès de fièvre urineuse, si caractéristique avec ses grands écarts de température, avec le *veratrum viride* ; mais je ne manquerai pas de le faire, l'occasion échéante. Cette année, c'est sur une fièvre paludéenne que j'eus un remarquable succès avec le *veratrum viride*. Il s'agissait d'une gouvernante allemande ayant attrapé les fièvres en Tunisie. Elle était rentrée en France en plein accès d'impaludisme ; et malgré le sulfate de quinine donné à toutes les doses, et à tous les moments, la pauvre fille était minée depuis trois semaines par des accès de fièvre quotidienne d'une violence extrême. Avec cela, s'étaient jointes de la bronchite et une névralgie, sûrement d'origine paludéenne. Voyant que le sulfate de quinine n'adoucissait nullement l'intensité des accès, je donnais pendant trois jours *natrum muriaticum* 30°, qui m'a quelquefois réussi ; mais dans ce cas, son action fut nulle. Remarquant qu'après les accès la température descendait au-dessous de la normale, à 36° et quelques dixièmes, j'eus l'idée d'essayer sur elle le *veratrum viride*, V gouttes par jour. Le soir même du *veratrum viride*, après avoir pris le remède toute la journée, l'accès ne survint pas, et l'impaludisme fut arrêté net dans son évolution. Trois semaines se passèrent en observation à l'hôpital, gardant toujours ma malade sous l'action de *veratrum*, en diminuant les doses. Elle sortit guérie de l'hôpital, en ayant constaté que sa rate, grandement hypertrophiée, avait repris son volume normal.

Pendant mes trois mois de service, j'ai eu à soigner cette année, six fièvres typhoïdes, dont cinq présentèrent

un caractère des plus graves. Chose curieuse à signaler, ces malades atteints de fièvre à forme maligne habitaient presque tous près du boulevard Saint-Germain où l'on a fait pendant des mois d'importants travaux souterrains. Un seul des six a eu une fièvre typhoïde légère, c'est un garçon d'une quinzaine d'années chez lequel j'ai cru observer une action très favorable du *ferrum phosphoricum* 30e contre sa fièvre et sa diarrhée. Je fis la même remarque de l'action de ce médicament sur un second cas de fièvre typhoïde, celui-là beaucoup plus intense, également avec diarrhée profuse et fièvre élevée : *ferrum phosphoricum* est d'ailleurs mon médicament favori dans la diarrhée *avec fièvre*, le symptôme fièvre étant la caractéristique qui me guide dans le choix du médicament. Il y a quelques années, je vis à l'hôpital Hahnemann, avec le Dr Robert Chancerel, un cas dont je ne fis pas le diagnostic, qui était atteint d'une diarrhée fébrile depuis plus de quinze jours, et qui guérit rapidement avec *ferrum phosphoricum*. Ce médicament mériterait donc d'entrer dans l'arsenal des remèdes de la fièvre typhoïde, à forme diarrhéique. Une troisième malade, une fillette, fut également gravement atteinte ; celle-là présentait de la constipation, et l'intoxication typhique trouva en elle un milieu si favorable, qu'elle fit trois rechutes à l'hôpital ; à la seconde rechute, j'ai cru la perdre. Mais les cas les plus graves encore ont été les trois derniers, dont deux sont morts.

Ces trois cas ont présenté une analogie très grande ; ils ont revêtu la forme méningitique. La femme qui a eu comme les autres des contractures, raideur de la nuque, trismus, etc., a été sauvée après des complications multiples, éruption de furonculoses formées de bacille d'Eberth, amenant des collections purulentes, cystite puru-

lente, etc., etc. Les deux qui sont morts sont des hommes; l'un d'eux, par surcroît de gravité, était un arriéré, un faible d'esprit, incapable de gagner sa vie; l'autre a eu, dès le début de sa maladie, un symptôme grave dans la fièvre typhoïde, l'idée fixe qu'il allait mourir. J'ai vu des individus avec des symptômes de fièvre typhique d'apparence bénigne, mourir après avoir présenté constamment un moral de désespéré. Dans ces cas-là, il ne s'agit plus d'individus nerveux ou impressionnables, qui pour un malaise quelconque redoutent les pires complications; il y a sûrement dans cet état psychique une intoxication cérébrale par le poison typhique.

Bref, ces deux individus ont présenté l'aspect des méningitiques : raideur de la nuque, contracture de la mâchoire, spasme et contracture des muscles du pharynx, paralysie des ailes du nez, opistothonos et contracture absolue des jambes; ce sont des formes presque fatales de la fièvre typhoïde.

M. le Dr Jousset, dans l'*Art médical* du mois d'août 1899, consacre une partie de son article à ces cas, en critiquant l'action des bains froids dans la fièvre typhoïde. « Si nous en avons parlé, dit-il en terminant (page 98), c'est que nous ne pouvons pas conserver dans la statistique de l'hôpital Saint-Jacques des malades soumis à un traitement *absolument allopathique.* »

J'aurais bien désiré, moi homœopathe convaincu, qu'on puisse mettre sur le compte du traitement absolument allopathique les deux décès de fièvre typhoïde ; mais cela fera sourire ceux qui liront l'article, quand ils verront (page 97) que pendant tout le cours de leur fièvre typhoïde, l'un d'eux a pris seulement *quatre* bains, l'autre *huit* bains en tout. Si M. le Dr Jousset, au lieu de publier

à la légère, et sans demander conseil à son confrère, s'était donné la peine de voir le cahier de la pharmacie, il verrait que pas un jour ne s'est passé, sans que ces malades n'aient eu des médicaments homœopathiques; que les médicaments qu'il a indiqués, entre autres *arsenic*, ont été essayés et que j'ai fait le possible et l'impossible pour sauver ces malades ! La triste vérité, c'est que ces formes de fièvre typhoïde à type méningitique sont meurtrières. J'aurais préféré que M. le Dr Jousset le déclarât loyalement dans sa clinique !

Au point de vue du traitement, il faudrait vraiment s'entendre avec ces moyens physiques et naturels qui ne doivent appartenir à aucune école, qui ne sont pas plus de l'allopathie que de l'homœopathie. Sous prétexte que nous appliquons la loi des semblables, nous trahirions nos convictions en envoyant nos malades aux eaux minérales que la nature a créées pour tout le monde ! Nous ne pourrions pas nous servir du massage, parce que ce n'est pas une potion homœopathique ou des globules ! L'électricité, fluide naturel, nous serait interdite parce que les allopathes s'en sont servis les premiers ! Nous ne pourrions pas soutenir un pneumonique avec de l'alcool, du champagne ou du todd, parce que l'alcool a été conseillé comme traitement de la pneumonie par un allopathe ! L'hydrothérapie est défendue parce que ce n'est pas de l'homœopathie, et si l'on met les typhiques dans l'eau, on les soigne à l'allopathie, selon notre confrère ! C'est de l'inquisition médicale ! Ces agents physiques et naturels n'appartiennent à aucune école. Quand on prend un bain, fait-on de l'allopathie ou de l'homœopathie ?

Puisque le sujet me force à parler de l'action des bains froids, je m'empresserai de dire, que personne, Brandt

lui-même, n'a supposé arrêter ou raccourcir une fièvre typhoïde avec l'eau froide. La fièvre typhoïde suit son cours avec les bains froids comme avec les autres remèdes ; mais ces bains stimulent les malades, et leur permettent de résister plus énergiquement contre la maladie. Il est rare qu'après les bains froids, la langue ne soit pas plus humide, les urines plus abondantes, le teint plus reposé ; soutenir son malade dans une fièvre typhoïde, c'est favoriser grandement sa guérison. D'ailleurs rien n'empêche avec les bains froids de donner un médicament homœopathique ; c'est encore un avantage. Enfin je ferai remarquer, que je ne suis pas exactement la méthode de Brandt, les bains que je donne ne sont pas à 18 degrés, comme le médecin allemand l'indique, mais environ à 23 degrés ; la réaction est moins brutale. A la dernière séance de la société homœopathique, on a signalé l'usage des bains dans les fièvres éruptives malignes, telle que la rougeole et la scarlatine ; pourquoi les homœopathes ne se serviraient-ils pas aussi des bains froids dans certains cas bien indiqués de fièvre typhoïde?

Dr Cartier.

THÉRAPEUTIQUE

DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE PAR LE SULFATE DE QUININE, D'APRÈS BRETONNEAU.

Bretonneau a laissé un nom et un élève, Trousseau ; celui-ci a laissé Peter et c'est tout, quoique plusieurs se réclament de l'*Ecole de Tours*. Il n'y a pas, il ne peut y avoir d'École de Tours, pour cette raison que Bretonneau n'avait aucune doctrine. C'était un vague Hippocratiste. Mais si Bretonneau n'était pas un *institutor*, c'était un grand clinicien, comme l'ont été Trousseau et Peter. Tous les trois, en ces temps d'organicisme, considéraient la maladie comme une *espèce* et, guidés par ce principe, contribuèrent grandement à édifier la nosographie telle qu'elle existe actuellement.

Ces trois médecins furent, non seulement de grands nosographes, ils furent encore de grands thérapeutistes; et si, dans ce journal, nous avons traité quelquefois sévèrement, la façon peu délicate dont à Tours on avait coutume de s'approprier les travaux scientifiques contemporains, cette habitude de *démarquer le linge* et de s'approprier la fièvre typhoïde, la diphtérie et les travaux de Hahnemann, nous avons toujours rendu justice aux travaux éminemment pratiques de Bretonneau et de ses élèves.

Il nous est tombé entre les mains une instruction de Bretonneau sur la *Médication curative de la fièvre intermittente*. Cette instruction contient 8 pages ; elle ne porte ni date, ni signature. Nous savons qu'elle est de Bretonneau, parce qu'elle nous a été remise par un de ses élèves directs.

Nous publions aujourd'hui cette instruction pour deux raisons : elle est un modèle de bon sens médical et elle expose les mêmes principes que nous avons si souvent répétés dans ce journal, sur le meilleur mode d'administration du sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes. Il nous semble bon de nous abriter derrière l'autorité incontestable d'un médecin qui a traité des milliers de fièvre intermittente, et qui, comme nous, emprunte ses préceptes à Sydenham et à Torti.

1

Une sorte d'ivresse plus ou moins pénible, produite par une *seule dose convenable* de sulfate de quinine, répétée au besoin deux jours de suite, supprime pour huit jours la fièvre intermittente *simple*.

3

Avec les jésuites, qui avaient importé le quinquina, et qui savaient l'administrer, avec Torti, il a été constaté, par trente années de pratique dans l'hôpital de Tours, que toute dose de quinquina suffisante perd de sa puissance fébrifuge en se fractionnant, exactement comme une dose de vin perdrait sa puissance enivrante en se divisant.

Les faits seuls ont appris jusqu'où la dose préservatrice devait être portée pour vaincre à forfait l'intoxication paludéenne. Plusieurs centaines de fois la cure radicale de la fièvre a été obtenue à l'hôpital de Tours, en suivant la voie que de pauvres Péruviens avaient tracée, quand ils avaient enseigné le procédé auquel il fallait se conformer pour obtenir la guérison d'une vice-reine qui avait succédé à leurs Incas.

Ce retour à la voie abandonnée a été vivement réclamé par d'habiles observateurs, au commencement du dernier siècle. Werlhof cite et nomme 50 praticiens qui ont déploré le morcellement et la réduction des doses efficaces de quinquina ; il les choisit parmi les sommités médicales de son époque et de celle qui la précédait ; à ses amis Peyer et Brunner, il joint le grand

Boerhaave, *cujus consensum (inquit) aliorum quorumdam, imo si multi essent, fidenter oppono.* Et lui aussi invoque le témoignage de Torti, citant l'habile praticien de Modène quand il s'écrie: *Experientia mea est annorum circiter quinquaginta, prœter experientiam prœceptoris mei, ab ipso adventu corticis initio suo sortitam, quod potest sufficere ad firmandam pusillorum fidem.*

Comment ne pas pardonner à l'auteur de la thérapeutique spéciale des fièvres pernicieuses, son dédain pour les moutards novateurs (*pusillos*) et pour les Académies !

Ces premiers paragraphes établissent deux choses: l'action physiologique du quinquina et la nécessité d'une dose *unique* et suffisamment forte pour déterminer un commencement d'action physiologique. Ce précepte d'une seule dose suffisamment élevée domine toute la thérapeutique de la fièvre intermittente.

Dans les paragraphes 4 et 5, Bretonneau combat la déplorable habitude de beaucoup de médecins, de *fractionner* les doses du sulfate de quinine.

4

Il a été constaté que l'administration prolongée de doses multipliées et s'élevant, dans leur totalité, à la somme de plusieurs doses efficaces, était complètement inutile; on y a vu qu'une fièvre quarte, qui avait résisté à deux onces de quinquina, cédait à l'administration de deux gros de ce *même* quinquina: mais les deux gros avaient été donnés, en une seule fois, et les deux onces avaient été prises en quinze jours, chaque once délayée dans une bouteille de vin, trois petits coups chaque jour.

Aujourd'hui, le mode déplorable d'administration du sulfate de quinine consiste généralement, partout et de toute part, à fractionner des doses rendues impuissantes par cette division, et qui seraient efficaces si elles étaient ingérées en une seule fois dans leur totalité.

Deux exemples seulement : ils en valent mille.

Un habitant de Nantes, M. Loustoneau, atteint de fièvre tierce

régulière, est envoyé aux eaux thermales de Vichy; il y subit deux saisons. Depuis le début de sa fièvre, il n'oublie pas chaque jour, à Nantes, à Vichy, de prendre en trois fois 60 centigrammes de sulfate de quinine, sans que sa fièvre subisse aucun changement. L'étonnement non, mais le doute, doit céder à de positives assertions. — Médication curative, à laquelle la fièvre cède complètement. Au neuvième mois d'un séjour à Tours obstinément continué envers et contre toute insistance, le Nantais, non sans peine, est renvoyé dans ses foyers et se porte bien.

Second exemple. — Un docteur, resté pendant deux ans chef de clinique à l'hôpital de Tours (*infandum, ars medica, jubes renovare dolorem*), remet à la mère d'une jeune villageoise de 13 ans, une boîte contenant 100 pilules chacune de 5 centigrammes de sulfate de quinine, avec recommandation d'en donner trois chaque jour, une seule à la fois, puis cinq, jusqu'à guérison. La guérison n'étant pas obtenue, 8 pilules par jour sont prescrites, toujours une seule à la fois, et les 100 pilules sont administrées sans que le rythme de la fièvre soit changé. 50 autres pilules de même sorte sont ajoutées aux 100 premières, pour que le traitement soit continué. Il est repris avec la même inefficacité. Alors 8 de ces mêmes pilules sont administrées en une fois : suppression de l'accès pendant six jours. Médication curative, permanente, guérison.

La somme plus que complète d'une médication curative se trouvant dans les 100 premières pilules, il est évident qu'elles ont été dépensées en pure perte (de temps, de santé et d'argent).

5

Les petites doses, qui habituent le malade à l'action du quinquina, nuisent au bon résultat des doses suffisantes ; elles impatientent l'appareil digestif et rendent l'ivresse fébrifuge plus difficile à obtenir.

Dans les paragraphes 7, 8 et 9, Bretonneau donne les règles nécessaires pour l'administration du sulfate de quinine, dans le but d'empêcher le retour des accès. Ces règles empruntées à Morton et à Sydenham sont excellentes

et souvent très suffisantes. Une très longue expérence des fièvres paludéennes m'autorise à poser ici deux propositions complémentaires :

1° Il y a des fièvres intermittentes complètement justiciables du sulfate de quinine, ces fièvres guérissent radicalement après *trois mois* du traitement de Sydenham rappelé par Bretonneau.

2° Il y a des fièvres intermittentes qui résistent au sulfate de quinine, non pas en tant qu'*accès* mais en tant que *maladie*. Dans ces cas, l'administration méthodique et prolongée du sulfate de quinine supprime les accès. Mais ceux-ci reviennent dès qu'on suspend le médicament, parce qu'ils sont palliés et non guéris. Ces fièvres demandent comme traitement curatif : l'arsenic, la noix vomique, le venin d'araignée, etc., etc.

7

Avec Sydenham, avec Morton, il a été constaté que la dose de quinquina qui a supprimé la fièvre, donnée un ou deux jours avant l'époque présumée de son retour, prévient les récidives ; et, de plus, il a été observé que l'immunité acquise *se proroge* à mesure qu'on s'éloigne du jour de la suppression de la fièvre, et on a vu qu'on pouvait, sans inconvénient, accroître d'un, de deux, puis de plusieurs jours les intervalles qu'on met entre chacune des doses données pour prévenir le retour de la fièvre.

8

Le plus souvent, la progression suivante a été à peu près adoptée ; la seconde dose, dose préservative qui doit être égale à celle qui a supprimé la fièvre, est donnée en laissant entre l'une et l'autre six jours d'intervalle ; ainsi les suivantes, à 6,—7,—8,—9,—10,—12,—14,—16,—20,—24,— 30 jours d'intervalle, ce qui fait environ cinq mois ; chaque dose préservatrice est donnée à l'instant d'un dîner médiocrement abondant, et la première

dose de toutes, celle qui doit supprimer la fièvre, au déclin d'un accès, afin que ce soit à la plus grande distance possible de l'accès subséquent.

9

Une récidive oblige à revenir au point de départ, et fait perdre les avantages acquis.

10

Les doses préservatives doivent être rapprochées ou augmentées, s'il arrive que la fièvre devance l'époque à laquelle on doit les administrer.

11

Un exercice insolite, l'impression prolongée du froid, une indigestion, une purgation, provoquent le retour de la fièvre qui, ordinairement, avec les précautions indiquées, ne revient qu'au printemps. Souvent à Tours, la fièvre qu'on a supprimée sans qu'on oppose à son retour la médication préservative, se reproduit pendant vingt et trente mois.

J'attire l'attention du lecteur sur ce précepte posé par Bretonneau dans le paragraphe 11. *Une purgation peut faire revenir la fièvre intermittente.* J'ai vérifié ce fait bien des fois dans la pratique de mes confrères, qui avaient la manie de purger les malades, dont les accès de fièvre intermittente avaient été coupés par le sulfate de quinine, *parce qu'ils avaient la langue sale!* C'était une alternance continuelle de sulfate de quinine et de sulfate de magnésie au grand détriment des malades.

Dans les paragraphes suivants, Bretonneau fixe les doses du sulfate de quinine.

12

Je dois faire observer qu'une dose de sulfate de quinine suffisante cause ordinairement des vertiges, des tintements d'oreilles ;

puis, à une distance plus ou moins éloignée de ce premier effet, on voit souvent survenir un état fébrile qu'on aurait tort de confondre avec le retour de la fièvre intermittente; cette sorte de fièvre est de bon augure: pendant sa durée la peau est chaude, le pouls élevé, et cet état correspond à ce stade de réaction fébrile qu'on a si grand tort de redouter dans les affections paludéennes.

15

1 gramme, 110 centigrammes de sulfate de quinine, ou 12 à 15 grammes de bon quinquina suffisent ici pour supprimer la fièvre d'un adulte et pour la maintenir supprimée pendant huit à neuf jours.

Mode d'administration du sulfate de quinine pour un adulte.

Pr.: Sulfate de quinine. 1 gramme: div. en 5 pilules.

A prendre dans un potage en une seule fois au déclin de la fièvre, et mieux au moment où elle a dépassé son maximum d'intensité.

16

Bien des motifs portent à croire qu'il est utile que la dose nécessaire ne soit pas dépassée.

Le paragraphe 18 nous donne une description saisissante et vraie de la *fièvre pernicieuse*. Bretonneau s'y montre à la hauteur des nosographes de la grande école. Ses conseils thérapeutiques sont excellents. Je me permettrai néanmoins de donner une formule inspirée de Torti et qui est encore plus nette: « administrer, en deux doses, à une demi-heure d'intervalle, 1 gr. 50 de sulfate de quinine, *aussitôt que le diagnostic est certain*, si on a été surpris et que l'on craigne le retour d'un accès à type avançant *gagner du temps en augmentant la dose* et administrer 2 grammes de sulfate de quinine. »

18

Si un symptôme grave, insolite, se montre pour la seconde fois dans le cours d'une fièvre dont les accès ont été peu prononcés ; si une torpeur léthargique, des syncopes, des évacuations alvines cholériques, ou semblables à de la lavure de chair, ou bien sanglantes ; si une très vive douleur cardialgique, une sueur surabondante, le froid de marbre des frissons, symptômes dépassant bien des fois la mesure ordinaire, s'accompagnant de défaillance, d'abolition presque complète du pouls ; si, dis-je, ces graves symptômes se montrent une seconde fois, et s'ils sont plus prolongés que dans l'accès précédent, la dose indiquée doit être doublée et donnée en une seule fois avant le complet déclin de la fièvre, *devenue pernicieuse.*

Cette dose doit être gardée, ou remplacée, si elle n'est pas gardée douze heures.

2 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, ou 4 à 5 gouttes de laudanum liq. de Sydenham, suffisent ordinairement pour assurer la tolérance désirable, soit que cette dose ait été ingérée, soit qu'elle ait été convenablement injectée dans le rectum.

Quand la fièvre intermittente ne se révèle que par des accès peu prononcés, cette bénignité suspecte doit éveiller l'attention d'un praticien expérimenté ; et si après quelques jours de cette fièvre indécise, un des symptômes énoncés se montre, si l'on ne s'est pas hâté d'administrer une dose efficace de sulfate de quinine, il faut surveiller avec une inquiète sollicitude le retour probable d'un second accès énormément aggravé. Il ne faut pas oublier ici qu'on est en face d'une question de vie ou de mort ; souvent il n'y a qu'un instant à saisir, et si on le laisse échapper, on ne le retrouvera plus. Que le praticien se tienne donc pour averti ; si pour agir il attend que le second accès commence à décliner, le retour très anticipé du troisième ne pourra être prévenu ; pour gagner de vitesse cet accès redoutable, il ne faudra pas laisser passer le maximum d'intensité du deuxième accès ; le sulfate de quinine donné à ce moment aura le temps de produire son effet avant le début de l'accès subintrant, dont l'issue serait funeste si on l'attendait pour le combattre au lieu de le prévenir.

19

Dans le cas où la déglutition est impossible, il est si important que la tolérance de l'intestin soit obtenue, qu'aucunes des conditions qui la favorisent ne doivent être négligées.

L'injection intestinale est plus facilement retenue si elle ne produit ni la sensation du chaud, ni celle du froid ; si elle est déposée au-dessus du second sphincter, région moins excitable que celle qui est au-dessous ; si elle est peu abondante (de 100 à 125 grammes) ; si elle est doucement poussée à travers une canule à large conduit et terminée en olive. Un mélange de 8 grammes de quinquina en poudre et de 150 centigrammes de sulfate de quinine est plus facilement gardé qu'une solution de 2 grammes de sulfate de quinine.

20

Une alimentation substantielle, modérément abondante, aide puissamment au bon succès de la médication préservative; ce que Sydenham et Morton, il y a cent cinquante ans, avaient expressément affirmé.

Si le sulfate de quinine ne pouvait être administré par la bouche, la méthode hypodermique offrirait de grands avantages et devrait être préféré à la voie rectale.

P. JOUSSET.

DU SÉRUM ANTIPESTEUX ET DE SON APPLICATION AU TRAITEMENT DF LA PESTE

Nous empruntons aux *Archives de thérapeutique* (n° de septembre) les passages suivants qui sont absolument d'actualité.

En 1894, Yersin (1) découvrait dans les bubons pesteux

---

(1) *Arch. de méd. navale*, 1894, p. 256.

un bacille court, trapu, arrondi, se colorant plus fortement aux deux extrémités, cocco-bacille se décolorant par le Gram.

Ce bacille se cultive sur milieux solides (1) (gélatine ou gélose), où il donne un semis, et sur milieu liquide (bouillon) où il se groupe en chaînettes. Ses caractères sont identiques chez l'homme et chez le rat, très sensible à la maladie, et sur qui ont été poursuivis les belles recherches de Yersin.

Dès 1895, Yersin d'une part, Calmette et Borrel (2) d'autre part, avaient entrepris et réussi l'immunisation de lapins et de cobayes. Pour réaliser cette immunisation, des cultures de cocco-bacilles, recueillis en abondance dans les bubons pesteux, étaient faites sur gélose. Ces cultures, râclées et délayées dans du bouillon, étaient enfermées dans des tubes scellés et tuées par un chauffage d'une heure à 58°. On injectait alors ce *bouillon aux cadavres de cocco-bacilles* dans le péritoine ou dans les veines de lapins, en quantité suffisante pour les rendre malades sans les tuer. Ces animaux devenaient alors réfractaires à l'injection ultérieure de microbes vivants et virulents.

Le sérum de ces lapins immunisés fut injecté à des lapins neufs qui devinrent à leur tour réfractaires à l'injection sous-cutanée d'une culture virulente. — 3 cc. de sérum suffirent à cette immunisation. Bien mieux, cette même dose de sérum injectée à un lapin douze heures après l'inoculation de cultures vivantes et virulentes arrêta la marche envahissante du mal et guérit le lapin de la peste.

(1) Gasser, art. Peste, in *Manuel de médecine* de Debove et Achard.

(2) *Annales de l'Institut Pasteur*, 1895.

La sérothérapie de la peste était trouvée.

Yersin tenta alors, pour obtenir du vaccin en plus grande quantité, d'immuniser un cheval. L'immunisation réussit en tous points ; le premier cheval immunisé fut saigné trois semaines après la dernière injection, et des souris qui reçurent 1/10e de centimètre cube de ce sérum résistèrent à l'inoculation de cultures virulentes. — D'autres souris déjà infectées guérirent par l'injection d'un centimètre cube de sérum : *le sérum était donc à la fois préventif et curatif.*

Yersin installa alors un laboratoire à Nha-Trang (Annam) ; des chevaux furent immunisés, et c'est à Hong-Kong, en juin 1896, que furent tentées les premières injections de sérum antipesteux à des pestiférés, tentative qui fut entièrement couronnée de succès.

L'Institut Pasteur prépara alors en grand le vaccin destiné à sauver en Orient, et peut-être en Occident, des millions d'existences. Un grand nombre de chevaux immunisés sont aux écuries de Garches, de nombreux dépôts de sérum existent à Pondichéry, au Tonkin, en Cochinchine, et depuis peu dans les principaux ports de commerce français, et, sur simple demande, l'Institut Pasteur délivre des flacons de 20 cc. de sérum (1). Toutes les précautions sont donc prises à l'heure actuelle pour lutter

(1) Un décret tout récent (août 1899) dont voici le texte autorise la préparation, la vente et la distribution, par l'Institut Pasteur, de Paris, du sérum antipesteux.

Art. 1er. — La préparation du sérum antipesteux est autorisée à l'Institut Pasteur, de Paris.

Art. 2. — Ce produit pourra être débité à titre gratuit ou onéreux. L'autorisation dont il est l'objet est temporaire et révocable, il est soumis à l'inspection prescrite par la loi.

avec avantage contre le fléau dont l'extinction dépend désormais de la rapidité avec laquelle seront diagnostiqués les premiers cas.

Manuel opératoire. — Le diagnostic posé, la conduite à tenir auprès du malade est des plus simples. Le manuel opératoire de l'injection de sérum antipesteux ne diffère en rien de celui de l'injection de sérum antidiphtérique que tous les praticiens ont eu maintes fois l'occasion d'employer.

La région du flanc sera brossée à l'eau bouillie et au savon, passée à l'alcool et à l'éther, puis au formol au 1/1000 ou au sublimé. La seringue de Roux ou, de préférence, la seringue de Lüer à piston de verre, sera préalablement stérilisée par une ébullition d'un quart d'heure, et l'aiguille, en platine iridié, sera flambée au moment même de s'en servir, Les mains de l'opérateur seront aussi soigneusement désinfectées que s'il s'agissait d'une intervention chirurgicale, toute infraction à ces règles minutieuses d'antisepsie pouvant entraîner des phlegmons graves.

On s'assurera que le sérum, qui généralement conserve ses propriétés pendant un an, est resté limpide, sans pour cela qu'un léger trouble implique formellement le rejet du flacon.

L'aiguille, tenue isolément à la main, sera enfoncée d'un coup sec dans le tissu cellulaire sous-cutané et, après quelques secondes d'attente permettant de voir si le pertuis ne donne issue à aucun écoulement sanguin, l'injection sera poussée lentement et faite d'emblée à la dose de 30 à 50 cc. On recouvrira la région d'un léger nuage de coton hydrophile, sans pratiquer de massage. Nulle-

ment douloureuse, cette injection est bientôt résorbée en laissant après elle une légère sensibilité de la région.

Quelques heures après l'injection, la fièvre commence à décroître de 1 à 2° et même 5°; les bubons diminuent de volume, la langue se nettoie, le délire disparaît, le pouls se régularise en même temps que les battements du cœur deviennent plus intenses. Si l'injection a été pratiquée dans un délai assez rapproché du début de la maladie, l'amélioration suit une voie ascendante et le malade est bientôt sur pied; si l'on a temporisé ou si le malade n'a pas été vu au début, il faudra pratiquer deux, trois, quatre injections à douze ou vingt-quatre heures d'intervalle, jusqu'à disparition de la fièvre et de symptômes généraux et locaux.

ETIOLOGIE

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE DE PARIS

La fièvre typhoïde, qui se faisait rare à Paris depuis quelques années et dont la fréquence allait en diminuant graduellement, a fait pendant ces derniers mois de nombreuses victimes.

Les médecins des hôpitaux, aux premières loges pour observer cette maladie, se sont occupés de cette épidémie surtout au point de vue étiologique et plusieurs communications ont été faite sur ce sujet à la Société des hôpitaux. Nous allons en reproduire les passages les plus intéressants.

A la séance du 30 *juin*, M. Thoinot a étudié la fièvre typhoïde à Paris depuis 1870.

Dans la période qui a précédé 1870, c'est-à-dire avant l'arrivée des eaux de sources, lorsque l'on buvait à Paris des eaux de rivières et des eaux de puits, la fièvre typhoïde était très fréquente et presque tout individu jeune arrivant de la campagne à Paris payait son tribut à la maladie.

Pendant la période qui s'étend de 1870 à 1893, on a bu à Paris de l'eau de source et de l'eau de rivière ; l'eau de la Vanne et l'eau de la Dhuys ont été amenées à Paris ; la Vanne, venant au réservoir de Montsouris, alimentait la rive gauche et une grande partie de la rive droite ; la Dhuys les arrondissements de la périphérie nord-est et est. D'années en années les habitations desservies par l'eau de source allèrent en augmentant ; cependant certaines maisons restaient alimentées par l'eau de rivière et, pendant la sécheresse, l'eau de rivière suppléait à l'eau de source. Il en résultait de petites endémies de fièvre typhoïde produit par l'usage permanent d'eau de rivière dans certaine habitations et des épidémies causées par la substitution de l'eau de rivière ; malgré tout, il y avait une diminution progressive des ravages de la fièvre typhoïde.

La grande épidémie de 1882 a dû être causée par une substitution d'eau de rivière à l'eau de source ; mais, ajoute M. Thoinot, fautes des notions étiologiques, que nous possédons aujourd'hui, elle n'a pu être rapportée à sa véritable cause.

Dans une séance ultérieure (21 juillet,) M. Lancereaux est venu affirmer que l'épidémie de 1882 était bien due à l'eau de rivière. Comme il avait pu pour une épidémie antérieure (1879) incriminer l'eau du canal de l'Ourcq, il pensa à la même cause en 1882 et comme les quartiers

les plus spécialement envahis étaient les XVIIe, XVIIIe, XIXe et XXe arrondissements, il alla à l'administration générale des eaux demander s'ils étaient alimentés par l'eau de l'Ourcq ; on lui répondit qu'ils l'étaient par l'eau de la Dhuys, mais comme elle avait été très insuffisante, on l'avait remplacée par l'eau de Seine ou l'eau de Marne.

M. Thoinot présente des graphiques pour 1886, 1887 et 1889 qui montrent que la substitution des eaux de rivière aux eaux de source est suivie, au bout de quinze jours, d'une augmentation très appréciable dans le nombre des fièvres typhoïdes entrant à l'hôpital et par conséquent dans le nombre des décès.

Par contre, il présente un graphique démontrant que le nombre des décès a progressivement diminué dans de grandes proportions.

En 1893, fut inauguré le service de l'Avre, qui devait clôturer les distributions d'eau de rivière.

Or, il n'en est rien, et après une diminution marquée en 1894-95, etc., voici en 1899 que nous nous trouvons en présence d'une véritable épidémie et cela pour deux raisons : la première c'est qu'il y a encore des substitutions d'eau de rivière ; la seconde que les eaux de source ne sont pas irréprochables.

A propos de cette nouvelle cause de fièvre typhoïde, M. Thoinot étudie successivement avec détails les origines de nos différentes sources.

Eaux de la Vanne. — Elles proviennent de deux origines : les sources de Cochepies qui paraissent bonnes et les sources de la vallée de la Vanne proprement dites qui peuvent se diviser en plusieurs catégories.

Les unes, qui constituent d'ailleurs la plus grande partie des eaux collectées proviennent de sources légitimes,

et bien protégées : sources d'Armentières, la Bouillarde, Cérilly, Saint-Philibert ; les autres sont des eaux de source de deuxième qualité, à entourage dangereux et à protection plus ou moins aléatoire : telles les sources Gaudin, Noé, et surtout la source du Miroir. Enfin, il entre dans l'aqueduc des *eaux superficielles* recueillies par des *drains* à une profondeur variable, mais en général assez faible, dans des terres cultivées ou des prairies : telles les eaux des drains de Flacy, des Pâtures et du Maroy.

Les eaux que l'on boit à Paris, sous le nom d'eaux de la Vanne, sont donc contaminables, et leur excellente qualité générale peut se trouver détruite par des pollutions accidentelles auxquelles on n'a pas su les soustraire. Les illustres ingénieurs, qui ont conçu et réalisé la dérivation de la Vanne, ont trop sacrifié au désir d'amener le plus d'eau possible dans l'aqueduc ; mais il faut se hâter d'ajouter que les notions sur la pureté des eaux, et son rôle hygiénique étaient, à l'époque où ils exécutaient leur admirable ouvrage, plutôt des notions d'instinct que des notions vraiment scientifiques.

Notons en passant que l'aqueduc qui a collecté les eaux de Cochepies et celles de la vallée de la Vanne détache un embranchement vers Sens, qui se trouve ainsi boire la même eau qu'une partie de Paris.

Eaux de la Dhuys. — Elles paraissent de bonne qualité au griffon, mais le réservoir de Ménilmontant qui les reçoit à Paris, peut aussi recevoir de l'eau de Marne prise au drain de Saint-Maur.

Eaux de l'Avre. — Ce qu'on appelle et ce que nous appellerons aussi les eaux ou les sources de l'Avre se compose : 1° de la source du *Breuil* ; 2° des quatre sources *dites de Rueil ou de la Vigne*, parce qu'elles formaient avant

le captage le ruisseau de la Vigne : sources d'*Erigny*, de *Foisy*, des *Graviers*, du *Nouvet*.

Tout ce groupe de sources est situé à 120 kilomètres de Paris environ, dans les environs de la ville de Verneuil. Ces eaux bien captées se réunissent et sont amenées à Paris ; une petite dérivation alimente en passant la ville de Nonancourt, comme une dérivation de l'aqueduc de la Vanne alimente en passant la ville de Sens.

Les sources de Rueil ou de la Vigne sont des *sources vauclusiennes*, comme les sources du Loin, du Lison, comme la fontaine de Vaucluse, comme bon nombre de nos plus puissantes sources de la craie et de cet état peuvent résulter pour elles des dangers que nous aurons à examiner.

L'exposé général de la nature vauclusienne des sources de la Vigne peut être formulé de la façon suivante :

Toutes les eaux de la rivière l'Avre et toutes les eaux de ses affluents se perdent en partie ou en totalité dans leur parcours. Les pertes se font, soit par des fissures invisibles, soit par des espèces de gouffres visibles et bien caractérisés appelés *bétoires*. Et les eaux perdues reparaissent au jour avec les sources nombreuses et puissantes qui sillonnent la contrée et au nombre desquelles figurent les sources de la Vigne. On peut dire schématiquement que le sous-sol de tout le bassin de l'Avre et de ses affluents est sillonné de canaux souterrains qui reçoivent les eaux disparues et les rendent sous forme de sources.

Des expériences faites avec de la fluorescine versée au-dessus des pertes de l'Avre et reparaissant dans les sources situées au-dessous, sont la preuve incontestable de ces communications.

Cette année, les eaux provenant des sources de l'Avre

étaient très troubles, et ce trouble a été constaté à plusieurs reprises aux sources de la Vigne même, à Paris et à Nonancourt, après les grandes pluies d'hiver.

Les analyses faites au laboratoire de Montsouris montrent les mêmes faits d'une façon plus scientifique : elles démontrent que lorsque l'eau de l'Avre est trouble, elle est chargée de *matières organiques* et présente de nombreuses *colonies bactériennes*, qui se sont élevées aux chiffres de 10.035 et 13.640 en janvier dernier, et à celui de 17.850 en mai. Les sources captées avaient alors *tous les caractères d'une eau non potable et absolument inacceptable pour la consommation.*

Lors d'une épidémie en 1894, les eaux de la Vanne paraissaient bien en être la cause :

1° L'épidémie frappait en même temps que Paris une autre agglomération alimentée par l'eau de l'aqueduc parisien : la ville de Sens, où elle se localisait en outre aux seules parties alimentées par cet aqueduc.

2° A Paris, si elle frappait toute la ville, elle se localisait cependant d'une façon très remarquable dans les zones desservies par l'eau de la Vanne.

En 1899, les cas de fièvre typhoïde se répartissent dans tout Paris et semblent provenir des trois eaux de sources différentes; du reste, si on ne mélange plus d'eau de rivière aux eaux de sources, ou si on ne doit plus en mélanger, on se livre à des mélanges avoués et clandestins entre les différentes eaux de source, ce qui rend impossible d'établir nettement la responsabilité de chacune d'elles.

A la séance suivante (7 juillet), M. Chantemesse vient confirmer les observations de M. Thoinot. Ensuite, il vient

affirmer que les recherches auxquelles il s'est livré lui ont permis de constater d'une manière certaine que l'étiologie de la fièvre typhoïde est, comme celle du choléra (Metchnikoff) en grande partie sous l'influence de microbes qui favorisent la pullulation du bacille d'Eberth, microbes qui jouent, à l'égard du bacille de la fièvre typhoïde, le rôle de ces appareils de physique qui amplifient la sonorité du son. M. Chantemesse fera prochainement à la Société des hôpitaux une communication sur ses recherches à ce sujet.

Il ajoute que l'accroissement constant de la population parisienne rendra difficile l'arrivée d'eau de source en quantité suffisante pour la consommation. Les découvertes récentes sur les résultats d'épuration de l'eau par l'ozone, par le peroxyde de chlore, permettent d'envisager une autre solution pratique.

M. Rendu ajoute que, depuis quelques années, on assistait à une diminution graduelle de la fièvre typhoïde, et que les rares cas observés à l'hôpital Necker provenaient surtout de la banlieue qui est alimentée par de l'eau de Seine.

Depuis quelques mois, au contraire, nous assistons à une véritable épidémie.

Au mois d'avril, 3 terrassiers entrèrent dans son service à quelques jours de distance ; il fit une enquête à leur sujet et apprit qu'ils venaient tous trois de la même maison, 1, rue de Lourmel ; il pensait à un puits contaminé ayant causé une petite épidémie locale, mais l'analyse de l'eau démontra qu'il s'agissait d'eau de l'Avre contenant un colibacille virulent.

L'examen des entrées de fièvre typhoïde montre que le

nombre a commencé à augmenter dès le début de l'hiver ; c'est-à-dire à un moment où on n'a pas besoin de mélanger l'eau de Seine à l'eau de source.

Janvier et février . . .	7 cas
Mars et avril	15 cas
Mai et juin	18 cas

Il est donc bien évident que les eaux de source sont la cause de l'épidémie.

M. Antony fait une communication en faveur aussi de l'origine hydrique de la fièvre typhoïde. Il s'agit d'une épidémie observée à Besançon en 1895.

Dans une épidémie antérieure (1875), les deux régiments alimentés par la même eau (source d'Arcier) avaient été touchés également par la maladie.

La fièvre typhoïde, en avril 1895, se cantonne, comme les années précédentes, à la zone d'Arcier, frappe sévèrement le régiment d'artillerie, mais épargne celui d'infanterie.

Cette immunité extraordinaire frappe tout le monde et les adversaires de l'origine hydrique de la maladie s'empressent de la faire ressortir à l'appui de leur manière de voir.

Ce fait, en réalité, tourna à leur confusion.

L'hiver de 1894 à 1895 avait été très rigoureux, le froid ne cessa de sévir de décembre à mars. Dans le courant de mars, survint le dégel, et la source d'Arcier ne tarda pas à être souillée de toutes les eaux qui l'alimentaient par l'intermédiaire du ruisseau qui traverse le village de Noncray. Quinze jours plus tard, l'épidémie typhoïde se déclarait parmi les troupes qui faisaient usage de cette eau mal protégée contre l'infection du sol.

Or, pendant ce même mois de mars, le régiment d'infanterie fut en proie à une épidémie très sérieuse de grippe; des mesures toutes spéciales furent prises.

Sur la proposition des médecins, l'autorité militaire fit distribuer aux fantassins du thé comme boisson alimentaire, et, plus tard, lorsqu'au mois d'avril le médecin de ce corps apprit que le régiment d'artillerie, son voisin et colocataire du même casernement, était envahi par la fièvre typhoïde, il s'empressa de faire continuer les distributions de thé et parvint de la sorte à mettre son régiment entièrement à l'abri de la maladie.

Dr Marc Joubert.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Un cas de méningite cérébro-spinale prolongée: bon effet des ponctions lombaires pratiquées à onze reprises. Modifications du liquide. — II. La valeur diagnostique et pronostique des adénopathies dans le cancer épithélial. — III. Note sur un cas de paludisme d'origine parisienne: contagion possible.

I

(*Séance du* 28 *juillet.*) — M. Netter rapporte une observation intéressante de *méningite cérébro-spinale à forme prolongée.*

Ce petit malade, âgé de 2 ans et demi, est entré dans son service le 2 juin, le second jour de la maladie. Il en est sorti, très amélioré, le 7 juillet. Il a été tenu au cou-

rant de son état ultérieur par le médecin traitant et par un de ses élèves, qui l'a vu pour la dernière fois à son domicile le 27 juillet, c'est-à-dire le cinquante-huitième jour de sa maladie.

C'est un exemple de *forme prolongée de la méningite cérébro-spinale*. Cette durée de cinquante-huit jours n'est pas exceptionnelle. Il a observé des maladies terminées par la guérison ou par la mort qui ont duré davantage, jusqu'à trois mois.

On ne peut encore considérer cet enfant comme guéri. Son état depuis huit jours s'est même de nouveau aggravé. Il y a un peu de strabisme, l'enfant s'est remis à vomir, la raideur de la nuque est de nouveau revenue. Enfin on a vu reparaître le signe de Kernig.

Les parents, malheureusement, ont retiré le malade de l'hôpital contre les conseils du Dr Netter et l'ont empêché de continuer le traitement qui, à son sens, a prolongé l'existence de l'enfant et l'aurait, sans doute, guéri complètement, comme cela a été le cas depuis le commencement de l'année de 6 enfants atteints de méningite cérébro-spinale pure et traités dans ses salles.

La base du traitement est la *balnéation chaude* sur laquelle il a plusieurs fois insisté devant la Société (7 avril, 16 mai 1899), et qui est certainement la médication par excellence des méningites.

Il y joint les injections sous-cutanées de sérum.

Chez ce malade, *il croit devoir attribuer une partie des bons résultats aux ponctions lombaires répétées.*

Il emploie ordinairement la ponction lombaire comme moyen diagnostique. Elle fournit un liquide qui peut être soumis à l'examen objectif, aux cultures et aux investigations chimiques.

Ses premières tentatives ne paraissaient point favorables à l'emploi de ces ponctions comme moyen de traitement.

Mais chez le malade qui fait l'objet de cette communication, il a fait des ponctions répétées à des intervalles variant de deux à cinq jours, ponctions dans lesquelles il a retiré chaque fois de 30 à 70 grammes de liquide céphalo-rachidien. Ces ponctions n'ont eu aucun inconvénient immédiat, ni ultérieur, sauf quelquefois un peu de céphalée de courte durée. Il a noté plusieurs fois, à leur suite, un relèvement du pouls et la disparition du signe de Kernig.

S'il a répété ces ponctions, c'est que la qualité du liquide a subi des modifications très marquées. Lors de la première ponction, le liquide était extrêmement trouble, et, par le repos, laissa déposer un sédiment de pus occupant près du tiers du tube. Il avait donc retiré, le 3 juin, plus de 20 grammes de pus. Le surlendemain, le liquide ne renfermait qu'un tout petit sédiment. Lors de la ponction ultérieure, il n'y a plus eu qu'un mince flocon fibrineux, d'abord jaunâtre, puis blanc. Enfin, le liquide est devenu aussi clair que l'eau de roche et ne renfermait plus que des traces d'albumine, bien que les cultures y aient encore montré le micrococcus intracellularis de Weichselbaum.

Nous avons cru devoir rapporter presqu'*in extenso* la communication très intéressante de M. Netter, car elle nous fait entrevoir un nouveau traitement des méningites.

II

MM. Soupault et M. Labbé ont recherché dans 39 cas de cancer l'état histologique des ganglions.

Il y a lieu de distinguer d'abord au point de vue anatomique et au point de vue clinique, les adénopathies directes (c'est-à-dire en rapport immédiat avec le territoire cancéreux) et les adénopathies à distance.

A. — Dans les *adénopathies directes*, les ganglions ne sont pas toujours cancéreux. Sur 12 autopsies de cancer de différents organes, nous avons trouvé les ganglions voisins de la tumeur sept fois cancéreux et cinq fois non cancéreux. Sur 17 cas chirurgicaux, nous avons trouvé les ganglions extirpés sept fois cancéreux et dix fois non cancéreux.

En réalité, les ganglions au voisinage des cancers peuvent présenter trois états anatomiques différents.

1° Les uns sont légèrement hypertrophiés et présentent au point de vue histologique des follicules et des centres germinatifs en très grande activité. Cet état de suractivité fonctionnelle est à rapprocher de la leucocytose que M. Hayem et ses élèves ont signalée dans le cancer.

2° D'autres, plus volumineux que les premiers, adhérents quelquefois entre eux, présentent différents types d'inflammation. En premier lieu, le ganglion envahi par des microbes vulgaires réagit par l'irritation des voies lymphatiques et l'apparition de leucocytes polynucléaires. Le point de ces infections est bien connu aujourd'hui : les travaux de Hanot et de M. Achard ont montré que la pénétration des microbes au niveau d'une tumeur ulcérée pouvait être l'origine d'infections secondaires. En second lieu, l'hypertrophie du ganglion peut tenir à son envahissement par le bacille de la tuberculose, ainsi que nous l'avons vu dans plusieurs de nos observations. On sait aujourd'hui que le prétendu antagonisme entre le cancer et la tuberculose n'existe pas. M. Landouzy a montré que

le cancer et la tuberculose pouvaient évoluer sur le même terrain. D'autre part, les examens histologiques de Pilliet, de Claude, etc., ont montré que le tissu cancéreux lui-même pouvait être infecté par le bacille de Koch. Réciproquement, Clément a montré que des ganglions déjà tuberculeux pouvaient être envahis par le cancer.

3° Enfin le ganglion peut être atteint par le cancer. Celui-ci pénètre d'abord dans les voies lymphatiques du ganglion ; il envahit ensuite la nappe réticulée, et ce n'est qu'à la dernière période qu'il détruit les follicules qui constituent, dans l'infection cancéreuse comme dans les infections banales, l'*ultimum moriens* du ganglion lymphatique. Celui-ci s'oppose pendant un certain temps à la propagation du cancer par la production de tissu scléreux, puis, lorsqu'il est détruit par le néoplasme, il peut devenir un centre de dissémination. Ces modifications sont indépendantes du volume des ganglions. De très petits ganglions peuvent être infectés par le cancer, alors que de très gros ganglions présentent seulement des lésions inflammatoires. La consistance, l'aspect extérieur, l'aspect des coupes macroscopiques ne sont pas plus caractéristiques. L'examen clinique est donc insuffisant pour juger l'état d'un ganglion et il faut, pour faire un diagnostic précis de son état anatomique, recourir à l'examen histologique.

En résumé, les hypertrophies ganglionnaires, au voisinage d'un cancer, ne sont pas toutes de nature cancéreuse. Leur présence au voisinage d'une tumeur n'est pas un signe suffisant pour affirmer sa nature cancéreuse.

B. — Parmi les *adénopathies à distance*, nous étudierons surtout les adénopathies sus-claviculaires et inguinales.

a) Les adénopathies sus-claviculaires sont connues en

France surtout depuis les publications de M. Troisier. Suivant cet auteur, elles constituent un signe de la plus grande valeur qui permet souvent de déterminer la nature cancéreuse d'une affection de l'abdomen. Cette notion a été généralement admise et le « ganglion de Troisier » est devenu un signe classique de cancer abdominal et surtout de cancer de l'estomac.

Cependant, quelques observations rapportées par MM. Jaccoud, Girode, Mathieu, Rendu, Fernet, Achard, ainsi que les recherches cliniques et anatomiques que nous avons faites, tendent à atténuer la valeur de ce signe.

Tout d'abord l'adénopathie sus-claviculaire au cours du cancer constitue une rareté clinique. Nous ne l'avons trouvée, en la recherchant, systématique que trois fois sur soixante malades manifestement atteints de cancer abdominal. Gussenbauer et von Winiwarter donnent la proportion de 1 sur 180 pour le cancer de l'estomac.

Pour attribuer à cette adénopathie une valeur diagnostique, il faudrait qu'elle fût toujours de nature cancéreuse. Or, les examens histologiques montrent qu'elle peut, même dans les cas où il existe un cancer sous-diaphragmatique, relever de causes bien différentes :

1° Elle peut être de nature cancéreuse. Les observations de MM. Troisier, Jaccoud, Girode, Lancereaux, Netter, Cornil, Ménétrier ont établi d'une façon certaine *par l'examen histologique* la nature cancéreuse de la tumeur sus-claviculaire.

Le volume du ganglion n'est pas un indice de sa nature cancéreuse.

Dans 6 cas de cancer sous-diaphragmatique où nous avons fait l'examen histologique, une seule fois l'adénite

était de nature cancéreuse et le ganglion était cependant de petit volume.

2° Mais elle peut être due aussi à une infection de nature différente, et particulièrement à une infection par le bacille de Koch. Dans 2 cas où, pendant la vie des malades, nous avions pu percevoir une adénopathie sus-claviculaire, l'examen histologique nous démontra que cette adénopathie était de nature tuberculeuse. Peut-être en était-il de même dans certaines observations où l'on parle seulement de ganglions ramollis ou calcifiés, mais l'absence d'examen histologique empêche de l'affirmer. Dans ces cas, le bacille de la tuberculose peut être puisé au niveau du foyer cancéreux, mais, le plus souvent, il vient d'une tuberculose pulmonaire concomitante.

3° Enfin, dans beaucoup de cas, les ganglions ont subi l'évolution scléreuse, indépendante du cancer, comme la plupart des ganglions périphériques chez l'adulte.

Mais il y a plus ; les adénopathies sus-claviculaires peuvent exister sans cancer viscéral, et il ne faut pas se fonder sur la présence des adénopathies pour poser le diagnostic de cancer. Certaines affections tuberculeuses avec troubles digestifs et abdominaux peuvent s'accompagner d'adénopathies sus-claviculaires, comme l'ont montré les observations de Jaccoud, Achard, Fernet, Catrin, Girode. La syphilis, dans une observation de Mathieu, a donné lieu à une erreur de diagnostic. Enfin l'adénopathie peut tenir à une infection d'origine gastro-intestinale, comme dans les cas de Rendu et de Lalesque, ou même à un ulcère gastrique, comme dans le cas de Mathieu.

En résumé, l'adénopathie sus-claviculaire est rare ; elle est quelquefois de nature cancéreuse, mais elle est

plus souvent le résultat d'infections de natures diverses. Aussi sa présence seule ne peut-elle entraîner le diagnostic de cancer. Sa valeur pronostique est aussi de ce fait considérablement atténuée, et, peut-être, serait-il bon, pour être certain de la nature de l'infection, d'extirper le ganglion et de l'examiner microscopiquement.

b) L'adénopathie inguinale, sur laquelle M. Jaccoud et son élève Belin ont plus particulièrement insisté comme ayant une valeur diagnostique dans les cancers abdominaux, nous a paru avoir un médiocre intérêt. Dans 9 cas de cancers de différents organes de l'abdomen, nous avons examiné les ganglions inguinaux recueillis à l'autopsie. Une fois seulement, nous avons trouvé *un très petit* ganglion inguinal présentant une dégénérescence à l'une de ses extrémités. Il s'agissait, dans ce cas, d'un cancer généralisé à tous les ganglions. Dans les 8 autres cas, les ganglions inguinaux étaient absolument indemnes de cancer malgré leur hypertrophie parfois notable. Les uns étaient tuberculeux, les autres présentaient l'état scléreux que M. Cornil a signalé comme très fréquent dans les ganglions de l'aine chez l'adulte.

En résumé, si l'on songe que, très fréquemment, les adénites inguinales sont dues à des infections d'origine génitale, anale ou du membre inférieur; que, d'autre part, dans le cancer, les ganglions inguinaux sont très rarement cancéreux, on est amené à dénier à l'adénopathie inguinale toute valeur diagnostique dans les cancers des organes abdominaux.

Nous n'avons eu qu'une fois l'occasion d'étudier les ganglions axillaires dans un cancer du poumon. Nous ne les avons pas trouvés cancéreux. Mais nous ne voulons pas présenter de conclusions nettes sur ce point en raison de

la pauvreté de nos documents. D'ailleurs, les auteurs ont peu insisté sur cette adénopathie. C'est surtout dans le cancer du poumon qu'elle a été signalée.

M. Netter ne voudrait pas que la communication de MM. Soupeaux et Labbé puisse laisser planer un doute sur la valeur diagnostique de l'adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer de l'estomac.

Il a souvent eu l'occasion de reconnaître la grande utilité pratique de la constatation du signe de Troisier.

Il rapporte à ce propos l'observation suivante qui a pour sujet un de ses camarades d'enfance.

Il s'agit d'un homme de 43 ans, fort bien constitué, présentant de la dysphagie intermittente ayant amené un amaigrissement notable. L'âge du malade, le caractère intermittent de la dysphagie semblaient peu favorables à l'idée de cancer, lorsque l'apparition et le développement progressif d'un ganglion sus-claviculaire gauche vint permettre d'en affirmer l'existence.

M. Troisier profitera de cette communication pour préciser ses idées sur cette question et répondre aux diverses critiques; il le fera dans une des prochaines séances.

III

M. Mosny a vu à la consultation de l'hôpital Necker, le 6 juin dernier, une jeune femme de 35 ans qui se plaignait d'accès typiques de fièvre intermittente.

Toujours bien portante jusqu'en septembre dernier, cette femme, originaire du Pas-de-Calais, a habité successivement Dunkerque, Saint-Omer, Lille, Rouen et Paris, c'est-à-dire des pays où il n'existe pas de malaria.

Au commencement de septembre 1898, dix jours avant l'apparition de ses règles, elle fut prise à 6 heures du soir d'un accès classique de malaria ; violent *frisson* que rien ne peut calmer, et qui dure environ trois heures, pour être, au bout de ce temps, remplacé presque subitement par une *chaleur* intense, générale, avec face rouge et soif ardente ; bientôt après, période de détente avec *sueurs* profuses.

Chaque soir, à la même heure, avec une régularité parfaite, l'accès reparaissait dans les mêmes conditions, et il en fut ainsi pendant dix jours jusqu'à l'apparition des règles.

Depuis ce moment tous les mois, très régulièrement, retour des mêmes accidents, dans les mêmes conditions, débutant toujours dix jours avant les époques et disparaissant avec elles.

Lorsque la malade se présente à l'hôpital elle était à la fin de sa période d'accès et au moment de ses règles ; le Dr Mosny lui conseilla de revenir au début de sa crise prochaine ; la malade revint à la consultation le 26 juin, ayant déjà eu deux accès (24 et 25 juin). L'examen permit de reconnaître une augmentation considérable de la rate. Le diagnostic de malaria paraissait évident.

Sulfate de quinine, deux cachets de 0,50, à prendre à un quart d'heure d'intervalle, une heure avant le début présumé de l'accès, deux soirs de suite. Le premier jour l'accès retarde de deux heures et fut moins fort ; le second jour, il ne vint pas ; les jours suivants non plus malgré la cessation du sulfate de quinine.

Ce mois-ci, le 21 juillet, accès violent dix jours avant le retour présumé des règles. La malade ne prend pas de sulfate de quinine ; elle se fait une piqûre au doigt et recueille sur deux lamelles quelques gouttes de sang.

Le 22 et le 23 juillet, elle prend du sulfate de quinine et les accès sont coupés.

Le D[r] Mosny lui conseille de revenir le 17 août avant le retour des accès ; il a l'intention de lui prescrire préventivement du sulfate de quinine puis d'instituer un traitement prolongé au moyen du cocadylate de soude ; il fera connaître à la Société l'histoire ultérieure de la malade.

Le D[r] Mosny affirme le paludisme chez cette malade, parce que les accès présentent le cortège habituel des symptômes de la malaria, à cause de l'hypertrophie de la rate et à cause de l'examen du sang.

L'examen du sang a été positif : outre de très nombreux leucocytes mélanifères il a noté la présence de quelques corps en croissants, très nets, et un amas de spores dissociées provenant de la segmentation de corps sphériques.

Il insiste sur la question étiologique de ce cas et conclut à la contagion.

Un mois avant ces accidents venait loger dans la même maison, un jeune soldat revenant du Tonkin avec des accès intermittents ; il est vrai, ajoute-t-il, qu'il habitait deux étages au-dessus de la jeune malade et que les familles ne se fréquentaient pas.

Le D[r] Mosny s'appuie sur les travaux récents de Laveran, Patrick, Manson, Bignami et Ronald Ross, qui admettent que les moustiques sont les agents de la transmission de la maladie, dont ils inoculent les germes par leurs piqûres.

Il reconnaît que l'inoculation expérimentale, artificielle, avec la seringue de Pravaz n'a pu déterminer, même en injectant dans la peau des doses considérables, la reproduction de la malaria. Peut-être le venin propre au moustique favorise-t-il l'inoculation?

Voilà l'exposition fidèle de l'opinion du D[r] Mosny, nous

devons ajouter qu'il a dû répondre aux questions de MM. Siredey et du Castel, qu'il ne savait pas si sa malade avait été piquée par les moustiques.

D[r] Marc Jousset.

CINQUIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Nous allons passer en revue les communications les plus importantes, en insistant principalement sur celles qui ont un grand intérêt pratique et thérapeutique.

DES MYOCARDITES.

M. Huchard, à propos des myocardites, s'est occupé principalement des myocardites chroniques et tout particulièrement de l'artériosclérose du cœur. Voici la description clinique qu'il en donne.

Elle est précédée d'un stade prémonitoire, période de *présclérose,* caractérisée par un état plus ou moins permanent d'hypertension artérielle, qui produit la lésion vasculaire. L'existence de cette phase est confirmée de la façon la plus formelle par les résultats de la thérapeutique.

La deuxième période (cardio-artérielle) se distingue par l'endartérite des vaisseaux de la périphérie d'abord, des viscères et du myocarde ensuite, et toujours par l'hypertension sanguine.

Pendant la troisième période (mitro-artérielle) les cavités cardiaques et les orifices auriculo-ventriculaires se dilatent, le cœur s'affaiblit, la tension artérielle diminue et l'asystolie est imminente.

On peut admettre trois principales formes cliniques de

la cardiosclérose — douloureuse ou sténocardique, arythmique et tachycardique, myovalvulaire. — sans compter les variétés où la symptomatologie cardiaque se confond avec celle des autres organes (cardio-rénale, cardio-pulmonaire, cardio-bulbaire, cardio-hépatique). Quelques-unes de ces formes présentent des particularités sur lesquelles il est nécessaire d'insister.

La forme arythmique est caractérisée soit par des crises d'arythmie intermittentes, soit par une folie cardiaque, qui peut persister, pendant cinq, dix et même quinze ans comme unique symptôme. Elle est généralement rebelle à la digitale.

Dans le type myovalvulaire, on constate un souffle de rétrécissement ou d'insuffisance orificiel, qu'il soit simplement fonctionnel ou qu'il résulte de l'altération scléro-athéromateuse de la valvule. Le diagnostic différentiel d'avec les affections valvulaires rhumatismales se fait aisément, grâce aux stigmates concomitants de l'artériosclérose du cœur (hypertension artérielle, symptômes méiopragiques et signes d'intoxication).

Un phénomène survenant en général dès le début des cardiopathies artérielles, c'est la *dyspnée toxi-alimentaire*. Cette dyspnée témoigne d'une insuffisance rénale précoce, même en l'absence d'albuminurie, et elle cède à un traitement approprié (régime lacté et végétarien) qui a simplement pour but d'introduire dans l'économie le minimum de toxines alimentaires.

Dans les cardioscléroses, les attaques d'asystolie, souvent brusques, présentent des allures aiguës qu'on n'observe guère dans les simples lésions valvulaires. La thérapeutique de ces crises d'asystolie est aussi bien différente, car il s'agit de diminuer la pression artérielle, au lieu de la relever.

La mort dans l'artériosclérose du cœur peut être subite, par syncope ou par angine de poitrine. Elle peut être rapide, soit sous l'influence de la rupture d'un anévrysme des coronaires dans le péricarde ou de la rupture du cœur, soit par suite d'un œdème aigu du poumon, d'accidents urémiques, d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement cérébral. Enfin, elle peut être lente par asystolie, par thrombose cardiaque, par accidents toxiques ou du fait de cette cachexie artérielle qui se caractérise par l'amaigrissement général, l'émaciation extrême des masses musculaires et la pâleur de la face.

Au point de vue du traitement de la cardiosclérose, le principe fondamental est de soulager le cœur en atténuant les résistances périphériques. Au début, à la période artérielle, il faut combattre l'hypertension par l'hygiène et le régime alimentaire. C'est durant le stade de *présclérose* que ce précepte est surtout utile à mettre en pratique. Il faut conseiller les boissons diurétiques, notamment le lait et certaines eaux minérales, diminuer la quantité des autres boissons et supprimer celles qui sont excitantes (thé, café, liqueurs, vin pur). On interdira les aliments renfermant beaucoup de ptomaïnes, la viande, particulièrement le gibier faisandé, les poissons, les conserves, les fromages faits, la charcuterie. C'est surtout pour les goutteux et les uricémiques que le régime alimentaire doit être sévère. L'hypertension artérielle sera combattue avec succès par la gymnastique musculaire, le massage général et le massage abdominal. Quant aux médicaments proprement dits, il ne faut pas en abuser. Parmi les diurétiques qui sont indiqués en pareil cas, il faut placer au premier rang la théobromine (3 à 6 cachets de 0 gr.50 c.). On pourra aussi recourir avec avantage aux purgatifs et

surtout aux purgatifs salins. Les médicaments vaso-dilatateurs rendent de bons services, en particulier la trinitrine (notre glonoïne) qu'on fait prendre sous forme de solution alcoolique à 1 p. 100, pendant vingt jours par mois, aux doses croissantes de IV à XX gouttes chaque jour; on diminue la dose ou on supprime complètement le médicament s'il survient de la céphalalgie.

A la période cardio-artérielle, on continue le régime alimentaire et la thérapeutique que je viens d'indiquer et on a recours à l'iodure de sodium. Il suffit de l'administrer pendant dix jours par mois à la dose quotidienne de 0 gr. 20 centigrammes à 0 gr. 50 centigrammes. Durant les dix autres jours du mois on fait prendre trois fois par vingt-quatre heures III gouttes de solution de trinitrine à 1 p. 100. Enfin, lorsqu'il apparaît des signes d'hyposystolie, on remplace de temps à autre cette médication par la digitale ou le sulfate de spartéine.

Avec la période mitro-artérielle, on entre dans la phase d'asystolie compliquée d'accidents toxiques, qui seront combattus par le régime lacté absolu et par la théobromine. On relèvera l'activité cardiaque en administrant de 40 à 50 gouttes de digitaline cristallisée à 1 0/00, en une ou deux fois et pendant un seul jour.

DE L'ACCOUTUMANCE AUX MÉDICAMENTS

M. Simon fait un rapport très détaillé sur ce sujet; il compare l'accoutumance aux médicaments à l'accoutumance aux poisons et montre que cette accoutumance varie suivant diverses conditions qu'il passe en revue.

L'âge. — Les adultes s'accoutument plus aux médicaments que les vieillards et les enfants et les supportent mieux ; cependant certains médicaments, la belladone,

l'arsenic, le sulfate de quinine sont mieux tolérés par les enfants.

Le *sexe*. — La femme supporte moins facilement que l'homme certains poisons.

Pour ces deux conditions (âge et sexe), l'auteur paraît confondre la tolérance à un médicament avec l'accoutumance.

La race. — Le Dr Simon ferait mieux de dire l'espèce : Jœger a pu donner 30 grammes d'arsenic à un ours ou à des moutons ; Darwin a remarqué que certains porcs n'étaient pas intoxiqués par le lachnantes tinctoria qui tue les porcs blancs. Nous savons parfaitement depuis longtemps que les poisons et les maladies ont une action différente suivant les espèces animales et il n'y a rien là qu'on puisse rapporter à l'accoutumance aux médicaments.

La maladie exagère ou détruit l'accoutumance ; les fébricitants supportent des doses énormes d'alcool, les pneumoniques de tartre stibié et de digitale ; les alcooliques d'opium, etc., c'est encore là de la tolérance plutôt que de l'accoutumance.

Même remarque au point de vue des *idiosyncrasies* ; certains individus supportent des doses fortes de certains poisons, certains autres sont intoxiqués par des doses faibles.

Passant alors à de véritables accoutumances, M. Simon divise les médicaments en deux groupes :

1° Les *poisons de l'intelligence* (opium, cocaïne, chloral, éther, chloroforme, café).

2° Des *médicaments divers* (arsenic, bromures, iodures, etc).

M. Calmette a fait des expériences assez intéressantes avec l'atropine.

Le lapin peut sans inconvénient recevoir dans les veines 20 centigrammes de sulfate d'atropine. Il n'a même pas de dilatation pupillaire. M. Calmette a constaté cependant que deux milligrammes de sulfate d'atropine, introduits dans la substance cérébrale, suffisent à tuer l'animal avec les phénomènes les plus manifestes de l'empoisonnement atropinique. Dans ces conditions, comment expliquer que l'animal résiste à l'inoculation intraveineuse? Il a pensé que la solution de la question pouvait être trouvée dans la recherche de ce que devient l'atropine injectée par voie veineuse. Il a donc injecté de l'atropine dans les veines d'un lapin. Au bout d'un quart d'heure, il a recueilli le sang de la carotide de ce lapin, et l'a porté à la centrifugeuse. La centrifugeuse divise le sang en trois couches : sérum, globules blancs et hématies, il a recherché l'atropine dans chacune de ces trois couches.

Le sérum concentré dans le vide, puis injecté dans le cerveau, à la dose d'un demi-centimètre cube, n'a produit chez le lapin que quelques phénomènes toxiques peu accentués.

Il n'y a donc qu'une très petite quantité d'atropine dans le sérum.

Si, au contraire, il inocule quelques millimètres cubes de la couche de globules blancs dans le cerveau d'un lapin il produit tous les accidents de l'intoxication atropinique.

Les leucocytes ont donc pour fonction de fixer l'atropine; il en est peut-être de même pour d'autres poisons et pour des poisons microbiens.

L'accoutumance est peut-être une conséquence de cette fonction des leucocytes qui s'habituent au poison.

Traitement du goitre exophtalmique par les injections d'éther iodoformé dans le parenchyme du corps thyroïde.

M. Pitres (de Bordeaux) conseille cette nouvelle médication.

La plupart des accidents qui relèvent du goître exophtalmique sont imputables à des troubles de la sécrétion de la glande thyroïde.

Dans le but de modifier cette sécrétion, il a eu recours à des injections d'éther iodoformé de un centimètre cube en plein goître. Ces injections ne doivent être répétées que tous les huit jours environ. L'injection est souvent suivie d'une douleur assez vive, mais variable avec chaque sujet.

Les résultats qu'il a obtenus ont été très satisfaisants, même dans les cas où la maladie était très accusée et où il s'était établi déjà une cachexie thyroïdienne. L'énervement cesse peu de temps après, le sommeil revient, l'exophtalmie elle-même disparaît peu à peu.

Pendant longtemps les malades peuvent conserver une certaine hyperexcitabilité du cœur, bien qu'ils n'aient plus la sensation de leurs palpitations. L'amélioration est très sensible après la troisième ou la quatrième. Les injections doivent être continuées pendant quelques mois. Il a ainsi soigné 12 malades, et il a obtenu 6 cas de guérison à peu près complète, datant déjà de deux ans.

Il a aussi fait plus de 20 injections d'éther iodoformé dans la glande thyroïde, sans jamais avoir d'accident. Il signale un phénomène qui se produit parfois au cours de ces injections : une sorte de bouillonnement dans la glande

apparaît aussitôt après l'inoculation, mais pour ne durer que quelques instants.

LES POMMES DE TERRE DANS L'ALIMENTATION DES DIABÉTIQUES

M. Mossé (Toulouse) a déjà insisté, au Congrès pour l'avancement des sciences tenu à Nantes l'an dernier, sur les avantages qu'il peut y avoir à substituer les pommes de terre au pain dans l'alimentation des glycosuriques. Il a continué ses études sur ce sujet. Chez un diabétique azoturique, la glycosurie a diminué dès que le pain a été remplacé par des pommes de terre. Inversement le retour à l'alimentation par le pain a causé une brusque recrudescence de la glycosurie.

Pour M. Renaut, il est bon, du reste, de ne pas supprimer complètement les farineux de l'alimentation des diabétiques. Ces malades ont parfois tendance à exagérer les prescriptions médicales. Il se nourrissent alors exclusivement de viande et en absorbent des quantités énormes. Or, cette nourriture, exclusivement carnée, les amène à l'acétonémie et ils peuvent mourir de coma diabétique. Le régime ne doit être sévère que lorsque la quantité de sucre est considérable ; mais quand le taux est tombé à quelques grammes, un régime sévère est plutôt nuisible, et on doit laisser prendre une certaine quantité de féculents.

IMPORTANCE DE L'INSTABILITÉ THERMIQUE COMME ÉLÉMENT DE DIAGNOSTIC PRÉCOCE ET DE PRONOSTIC DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

MM. Darembert et Chuquet (de Cannes) font la communication suivante :

Au début de la tuberculose, quand les crachats n'exis-

tent pas, quand l'état général n'est pas mauvais, quand les signes physiques sont trop vagues pour imposer un diagnostic, l'examen minutieux de la température du malade fournira d'importants éléments de précision.

Quand on est en présence d'un cas douteux de tuberculose pulmonaire, on doit dire au malade de marcher tous les jours entre trois et quatre heures, de prendre sa température buccale ou rectale immédiatement en rentrant, de la reprendre une heure après, lorsqu'il se sera reposé, et de répéter cette expérience pendant dix jours de suite. Si, chaque jour, l'écart entre ces deux températures atteint 4 à 5/10 ; si, d'autre part, la température de 4 heures est plus forte les jours où il a marché que les jours où il s'est reposé, le malade est tuberculeux.

S'il s'agit d'une femme, on verra, malgré le repos, une élévation de température variant de 4 à 10/10 survenir un ou deux jours après les époques menstruelles. Ce nouveau signe thermique sera une confirmation du diagnostic tuberculose.

Comme conclusions hygiéniques et thérapeutiques, les tuberculeux latents ou guéris doivent peu marcher; ils doivent avoir un régime alimentaire sévère, se coucher dès qu'ils ont de la fièvre, et les femmes tuberculeuses doivent se reposer avant et pendant les règles.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU VANADIUM.

MM. Lyonnet, Martz et Martin (de Lyon) rendent compte des recherches expérimentales qu'ils ont exécutées sur les dérivés du vanadium et des résultats thérapeutiques qu'ils ont obtenus sur plus de 200 malades.

Ils ont employé de préférence le métavanadate de soude

qui est un sel bien défini, fixe, et qu'il est possible, avec certaines précautions, d'avoir rigoureusement pur. Ils ont essayé aussi les vanadates de fer, de lithine et le phospho-vanadate de soude.

Ils ont vu que chez les animaux (chiens, lapins, cobayes) la dose toxique moyenne était de 0,036 milligrammes par kilog. de matière vivante en injection intraveineuse.

Ce sont les phénomènes respiratoires qui sont les plus importants, les animaux présentent rapidement du Cheyne-Stokes.

Les troubles circulatoires sont beaucoup moins accusés. Il n'y a pas d'action sur le sang.

Les auteurs ont employé les vanadates dans plus de 200 cas d'affections diverses (tuberculose, chlorose, rhumatisme chronique, neurasthénie, etc.).

Ils ont eu quelques cas négatifs, mais presque toujours, cependant, une augmentation plus ou moins rapide de l'appétit, des forces et du poids.

L'urée et le coefficient d'oxydation sont en général augmentés.

Le vanadium leur paraît donc être un excitant énergique de la nutrition. Il est probable que les vanadates, qui ont un pouvoir oxydant considérable, employé maintenant dans l'industrie, agissent en donnant comme un coup de fouet aux combustions organiques.

Ils ont employé le vanadate de soude à la dose de 2 à 5 milligrammes par vingt-quatre heures et ne le donnent que trois jours isolés par semaine.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX DE LANGUE ANGLAISE

ACTION ET USAGE DE XANTHOPHYLLUM

A beaucoup de points de vue Xanthophyllum agit comme Belladonna ou Strychine bien qu'étant moins toxique. Dans les cas qui conviennent le mieux à ce médicament, la circulation est paresseuse, le système nerveux tant sympathique que médullaire semble manquer de tonicité ; le système musculaire est relâché et faible, les muscles pendent après les os lamentablement. Les muqueuses sont pâles et relâchées et ne remplissent que faiblement leurs fonctions. Il y a généralement de l'hyper-sécrétion par suite du relâchement. Par suite des effets toniques et stimulants sur les muqueuses et leurs glandes, Xanthophyllum est le remède dans un grand nombre de cas de dyspepsie chronique. Les muqueuses perdent leur laxité, la salive et les autres liquides coulent abondamment et les malaises et la maladie disparaissent.

Les mêmes effets de stimulation de Xanthophyllum en font un excellent remède dans beaucoup de cas de coliques flatulentes. Il ne faut pas l'oublier dans n'importe quelle maladie s'accompagnant plus ou moins de tympanite ; après Colocynthis à toutes petites doses, il n'y a pas de remède à être prescrit plus fréquemment que Xantophyllum pour la flatulence.

Lorsqu'on constate les symptômes décrits ci-dessus, Xanthophyllum agit admirablement dans le choléra-morbus, la diarrhée cholériforme et la dysenterie, surtout lorsque ces maladies s'accompagnent de flatulence et de

beaucoup de ténesme ; et même d'après l'expérience de quelques vieux praticiens de notre école, le Xanthophyllum n'a que peu de rivaux dans le traitement du choléra asiatique.

Dans la dépression nerveuse qui accompagne ou qui est la cause de certains cas de névralgies, de dysménorrhée, d'aménorrhée ou de douleurs rhumatismales chroniques, Xanthophyllum a beaucoup d'efficacité. Employé intus et extra, c'est un baume souverain dans certains maux de dents. Il est aussi utile dans beaucoup de cas d'affections chroniques du larynx et de la gorge.

Il ne faut pas l'oublier, non plus, dans ces vieux cas de maladies de foie qui semblent résister aux assauts de n'importe quel remède. Fréquemment, la jaunisse due à un catarrhe des voies biliaires disparaîtra promptement sous l'influence de Xanthophyllum. Nos ancêtres avaient confiance en ce médicament non seulement dans les affections chroniques du foie, mais même dans la scrofule et la syphilis.

Il faut l'employer à la dose de V à XXX gouttes de TM. Les petites doses ne produisent aucun effet. (*Am. Hom.*)

LES REMÈDES DE L'HÉMOPTYSIE

Blackwood recommande les médicaments suivants dont il a souvent vérifié les bons effets.

Aconitum, quand il y a eu exposition à l'air sec et froid. Le malade est pléthorique, a tendance aux palpitations de cœur, éprouve des brûlures et des piqûres dans la poitrine, les joues sont ordinairement colorées, le pouls agité. Il y a en outre une agitation générale, de l'anxiété et crainte de mourir.

Lorsque les symptômes nerveux prédominent, il faut

donner Aconitum ; quand ce sont plutôt les symptômes artériels, Veratrum viride.

Hamamelis s'est montré utile dans un cas de crachement de sang noir durant depuis trois semaines, et s'accompagnant de varices des jambes et d'antécédents hémorrhoïdaires.

Ipeca est indiqué par une faiblesse marquée, avec aversion pour la nourriture, nausées fréquentes et de longue durée avec hémoptysie au plus léger mouvement.

Phosphorus a souvent admirablement réussi chez des individus grands, élancés, d'un esprit vif, inclinés à marcher de l'avant, avec une sensation de vide, de défaillance dans le ventre, avec constriction de la poitrine. L'hémorrhagie est abondante, elle s'arrête pour un moment, puis revient.

Ferrum convient à quelques personnes faibles avec pâleur de la face qui devient très rouge par moments. Les selles sont mal digérées, il y a de l'œdème des pieds et des jambes ; l'hémoptysie diminue en marchant lentement.

Millefolium donne de bons résultats dans l'hémoptysie due à la tuberculose pulmonaire avec cavernes. Il y a un écoulement abondant de sang rouge vif sans la fièvre ou l'agitation d'aconit.

Geranium maculatum, à la dose de X à XX gouttes toutes les vingt ou trente minutes, arrête rapidement les hémorrhagies de la dernière période tuberculeuse lorsqu'elles ont résisté à tout autre traitement.

Arnica convient s'il y a quelque traumatisme en cause ; le malade se sent brisé de partout, la figure est chaude tandis que le corps et les membres sont froids ; le malade est faible et se plaint de douleurs dans tous les muscles.

Belladona, chez les individus robustes et pléthoriques ; l'hémorrhagie débute brusquement et est pire aux abords de la nuit. Le sang est rouge vif, il y a beaucoup de congestion de la poitrine, mal de tête avec battements et aggravation par le mouvement.

Pulsatilla et *Croccus* se sont montrés utiles dans des cas de menstruation vicariante.

Sulfur réussit dans les cas qui semblent aller presque bien, puis qui recommencent.

China est indiqué pour la grande anémie consécutive à la perte de sang lorsque la débilité est le principal symptôme. Il y a sensation d'une grande distension du ventre, non soulagée par des éructations ou en allant à la selle. Un autre symptôme est les aigreurs d'estomac, avec diarrhée aqueuse, pire la nuit et des sueurs nocturnes. (*The Clinique.*)

GNAPHALIUM DANS LA DYSMÉNORRHÉE

Ce remède est très utile dans la dysménorrhée quand les règles sont peu abondantes et douloureuses le premier jour. Bien que ne pouvant affirmer si cet état douloureux résulte de congestion pelvienne ou d'excitation des nerfs, le Dr M. George a eu de nombreuses preuves de la puissance qu'il a pour soulager cette douleur.

AMMONIUM CARBONICUM DANS LE CORYZA AIGU

Le Dr Hale affirme que ce médicament coupe le coryza en quarante-huit heures à la troisième dil. quand on constate les symptômes suivants : Paupières brûlantes et rouges, larmoiement abondant, nez complètement bouché avec sécrétion nasale abondante, aqueuse, âcre ; chatouillement dans la narine gauche, éternuement et désir cons-

tant de se moucher; parfois un peu de sang dans les mucosités. Sensation de pression dans le poumon gauche avec un peu de sensibilité augmentée par la toux et la nuit étant couché ; douleurs de reins et sentiment de grande faiblesse. (*The Clinique.*)

NOTES DE PÉDIATRIE

Le D[r] Roberts (de Chicago) donne les conseils cliniques suivants :

Magnesia phos. dans les coliques. — Les enfants qui ont presque tout le temps des coliques sont soulagés presque immédiatement lorsque ce remède est indiqué par ailleurs. Dilution élevée.

Silicea et la vaccination. — Les accidents consécutifs à la vaccination trouvent généralement leur remède dans Silicea.

Thuya et la vaccination. — Dans le cas où on serait limité à un seul remède pour combattre les accidents de la vaccination, il faudrait choisir Thuya.

Phosphori acidum et l'incontinence d'urine. — Phosphori acid. est le remède quand l'incontinence se montre pendant le premier sommeil et que la quantité d'urine est très abondante.

Calcarea carb. et les vomissements. — A donner contre les vomissements aigres et surtout pendant la dentition.

Laurocerasus et la cyanose. — Bon remède contre la cyanose des nouveau-nés.

Lycopodium et les cris. — L'enfant crie toute la journée et dort toute la nuit.

Sulphur et les cris. — Sulphur est indiqué chez les enfants qui crient par intervalles pendant des semaines ; le jour ils sont tranquilles, mais ils veulent être tenus toute

la nuit, ils crient davantage si on les approche du feu, mais en leur frottant la tête ils se calment.

Kreosotum et les dents. — De grande valeur quand les dents sont noires et qu'elles se carient dès leur apparition. (*Medical Advance.*)

LES REMÈDES DE LA FLATULENCE

D'après Stonham (de Londres) les meilleurs remèdes contre la flatulence sont :

Carbo vegetabilis. — Grande distension et sentiment de plénitude; l'estomac semble lourd et pesant, le ventre tendu à éclater. La flatulence semble également distribuée à l'estomac et à l'intestin, le malade rend beaucoup de gaz par en haut et par en bas sans effort, mais sans soulagement. Ses gaz ne déterminent d'ailleurs pas de coliques.

China. — Le ballonnement de l'estomac s'accompagne d'éructations amères ou de renvois de nourriture qui ne soulagent pas. La sensation de ballonnement s'améliore par le mouvement (c'est le contraire de Bryonia). China convient surtout aux cas qui ont pour cause l'abus du thé, et généralement il y a des coliques la nuit. Ce remède semble aussi s'appliquer surtout aux personnes qui ont de l'épuisement nerveux.

Argentum nitricum. — Flatulence limitée à l'estomac, renvois après les repas, mais avec difficulté comme s'ils avaient de la difficulté à surmonter la résistance du cardia, et lorsque celui-ci cède, les gaz s'échappent avec violence et en grande abondance.

Bryonia. — Grande distension et sensibilité du ventre et surtout de sa partie supérieure; pincements, douleurs qui gênent la respiration, le plus léger mouvement

aggrave; hoquet et éructation immédiatement après le repas, les éructations soulagent.

Lycopodium. — Peu de flatulence de l'estomac, et au contraire grande abondance de gaz dans l'intestin et surtout le colon. Les gaz sont incarcérés et pressent en haut vers le diaphragme; on a la sensation d'une corde qui vous serre la taille et il y a aussi sensation de pression en bas sur le rectum et la vessie. Ses vents font beaucoup de bruit dans le corps et il y a des coliques qui s'accompagnent de l'émission de gaz par l'anus. C'est un de nos meilleurs remèdes pour la dyspepsie intestinale.

Nux vomica. — L'épigastre est ballonné, mais au plus tard jusqu'à deux ou trois heures après le repas, on a la sensation d'une pierre à cet endroit et de pression sous les fausses côtes. En même temps, on peut constater des coliques et de faux besoins d'aller à la selle. Il y a plus de coliques et moins de distension que sous Lycopodium dont il se rapproche beaucoup. (*Journal of Brit. hom. Society.*)

D[r] G. NIMIER.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

OPOTHÉRAPIE. — INJECTIONS DE SUBSTANCES NERVEUSES NORMALES COMME MÉTHODE PROPHYLACTIQUE ET CURATIVE DANS L'ÉPILEPSIE.

Dans la séance du 17 juillet 1899, MM. Babes et Bacoucea ont communiqué la note suivante :

« Il résulte de nos recherches que les injections d'émulsion de bulbe frais de mouton, en quantité suffisante, faites même quarante-huit heures avant l'introduction de l'agent épileptigène (essence d'absinthe), empêchent les accès d'épilepsie de se produire et permettent aux animaux de rester bien portants, tandis que les témoins, qui reçoivent de l'essence d'absinthe sans injection préalable de substance nerveuse, ne tardent pas à succomber avec des convulsions caractéristiques. Ces faits confirment les résultats que l'un de nous a obtenus chez l'homme, dans le traitement de l'épilepsie dite essentielle, au moyen d'injections répétées de substance nerveuse normale, sans que, toutefois, on puisse, pour le moment, préciser les conditions dans lesquelles ce moyen est appelé à rendre des services ».

On ne saurait trop encourager les recherches ayant pour but de prévenir et de guérir une maladie aussi affreuse et aussi souvent incurable que l'épilepsie.

OPOTHÉRAPIE

Nous lisons dans le compte rendu (*Semaine médicale*) de la Société de médecine de Berlin, du 10 juillet 1899, une communication du Dr Burghart.

Dans cette très intéressante communication nous relevons les faits suivants. C'est d'abord la guérison ou l'amélioration très notable de malades atteints de *myxœdème* par

l'iodothyrine et de la maladie de Basedow, ou goître exophthalmique, par *le sérum de chien auquel on avait enlevé la glande thyroïde*, ou l'injection hypodermique du sérum du sang d'une femme profondément myxœdémateuse. Or les chiens privés de glande thyroïde et les malades myxœdémateux possèdent un sang devenu thérapeutique par l'absence de l'action de la glande thyroïde. C'est ici comme dans le sérum antidiphtéritique, antitétanique et autres analogues une action parfaitement homœopathique.

L'absence de l'action des capsules surrénales chez les deux addissoniens s'explique par la gravité des lésions trouvés à l'autopsie.

L'*opothérapie ovarienne* chez une fille obèse et retard est un fait à retenir.

« J'ai administré des tablettes de capsules surrénales dans deux cas de maladies d'Addison; les deux malades sont mortes, et à l'autopsie nous avons trouvé : chez la première, une dégénérescence tuberculeuse des deux capsules surrénales et, chez la seconde, une dégénérescence cancéreuse d'une seule de ces capsules.

« La première patiente avait présenté de la fièvre pendant toute la durée du traitement; la seconde, au contraire, était toujours restée apyrétique.

« J'ai fait ingérer, d'autre part, à un homme atteint d'anémie pernicieuse une certaine quantité de rate fraîche, et à des sujets présentant des lésions du cerveau ou de la moelle des préparations de suc de ces organes, sans jamais en retirer le moindre bénéfice.

« Par contre, chez une fille âgée de vingt ans, très obèse et offrant une aplasie totale des organes génitaux externes, l'opothérapie ovarienne, continuée pendant quatre mois, fut suivie d'une diminution de poids de 8 kilogrammes. J'ai également administré avec succès l'iodothyrine dans un fait de myxœdème

opératoire, dans deux cas d'obésité et chez un sujet atteint de psoriasis.

« Dans la maladie de Basedow, les préparations de ce genre ne m'ont donné que des insuccès. Chez trois basedowiennes, j'ai, au contraire, obtenu sinon la guérison du moins une amélioration notable par l'emploi d'un sérum provenant de chiens auxquels on avait extirpé la glande thyroïde. Il en fut de même chez une jeune fille de 15 ans, atteinte de goître exophtalmique et que j'ai traitée par des injections sous-cutanées de sérum sanguin provenant d'une femme profondément myxœdémateuse.

« Chez les diabétiques, j'ai eu recours à l'opothérapie prostatique, ovarienne, etc., et j'ai obtenu une réduction assez considérable de la glycosurie, bien que les malades aient continué à suivre un régime mixte, en absorbant de 150 à 300 grammes d'aliments hydrocarbonés par jour ».

LÉSION DES CENTRES NERVEUX DANS L'ÉPILEPSIE EXPÉRIMENTALE ABSINTHIQUE.

Nous lisons dans la séance du 3 juin de l'Académie des sciences (*Semaine médicale*), la note suivante de M. Marinesco :

« Lorsqu'on injecte à des lapins de 0 cc. 5 à 2 cc. d'essence d'absinthe, on voit apparaître chez ces animaux, au bout de vingt à quarante minutes, des accès francs d'épilepsie. Dans la moelle de la plupart des lapins soumis à ces expériences, j'ai décelé à l'aide de la méthode de Nissl des lésions parfaitement caractérisées intéressant non seulement les cellules radiculaires des cornes antérieures, mais aussi les cellules des cordons.

« D'une façon générale, ces altérations cellulaires sont d'autant plus intenses que l'animal a vécu plus longtemps avec des convulsions. Chez un lapin dont les convulsions ont duré quinze heures environ, on constate une augmentation de volume des cellules radiculaires avec chromatolyse périphérique très accentuée, tandis que chez les animaux qui n'ont survécu que de

4 à 8 heures la tuméfaction du corps cellulaire est moindre, et la chromatolyse, quoique périphérique, est plus discrète, étant plus souvent partielle que généralisée.

« Dans le bulbe et au niveau de l'écorce cérébrale on note également des lésions qui, il est vrai, sont moins accusées.

« En ce qui concerne la nature intime de ces altérations, j'estime qu'il s'agit ici d'un trouble de nutrition, et je suis porté à croire que les désordres fonctionnels, aussi bien que les lésions histologiques, sont sous la dépendance immédiate du chimisme cellulaire. Toutefois, il est probable qu'aux effets directs de l'intoxication absinthique s'ajoutent encore des phénomènes d'usure dus au fonctionnement exagéré de la cellule nerveuse ».

OPOTHÉRAPIE. — CAPSULES SURRÉNALES CONTRE LE RACHITISME

Cette remarquable communication du Dr Stöltzner nous montre la substance surrénale exerçant une action thérapeutique sur une affection dont la cause n'est pas due (au moins la démonstration n'est pas faite), à une altération de la glande surrénale.

« Des essais thérapeutiques ayant porté sur 76 enfants rachitiques ont montré à M. le Dr W. Stöltzner, assistant de la policlinique pédiatrique de la Faculté de médecine de Berlin, que l'opothérapie surrénale exerce une action très favorable à l'égard de toutes les manifestations du rachitisme, sauf le spasme de la glotte. Chez les petits malades traités de la sorte notre confrère a noté une amélioration rapide de l'état général avec diminution des sueurs, de l'irritabilité vaso-motrice et des phénomènes du craniotabes. La mollesse du thorax diminuait, la dentition et l'apprentissage de la marche se trouvaient nettement activés. L'amélioration, après avoir été très rapide au cours des premières semaines du traitement, devenait d'ordinaire plus lente dans la suite, tout en restant cependant progressive. Si l'on suspendait la médication, l'évolution vers le mieux s'arrêtait complètement pour se produire de nouveau dès qu'on revenait à l'usage de la substance surrénale ».

(*Semaine médicale*, 20 sept. 1899.)

MATIÈRE MÉDICALE. — SANTONINE

Dans la séance du 20 juin 1899, de la Société de médecine de Berlin, M. Aronson a lu la note suivante :

« Un enfant ayant avalé 11 tablettes vermifuges, dont chacune contenait 0 gr. 05 centigrammes de santonine, fut pris, une heure après, de pâleur de la face, de convulsions, de sueurs froides et perdit connaissance. Le pouls était lent et les pupilles dilatées. L'urine offrait une coloration jaune citron. Tous ces accidents disparurent, mais on connaît des cas d'empoisonnement de ce genre qui se sont terminés par la mort; il est donc regrettable que la vente de la santonine ne fasse pas l'objet d'une réglementation. »

Cette note contient des faits déjà bien connus sur l'action de la santonine mais qu'il est bon de répandre et de préciser. Nous rappelons, à ce propos, que le vermouth dont tant de personnes font abus contient de la santonine en quantité notable et que c'est là une des raisons qui rendent si préjudiciable à la santé, l'usage habituel de cette liqueur.

ARRÊT DU COEUR EN SYSTOLE ET ASPHYXIE LOCALE PRODUITE PAR LA CAFÉINE

La *Semaine médicale* reproduit le fait suivant emprunté à la Société de médecine de Berlin du 12 juillet 1899 :

« La caféine étant souvent utilisée en thérapeutique, il importe de connaître tous les accidents que son usage est susceptible de provoquer. Il y a quelque temps, M. le Dr M. K. Zénetz, professeur extraordinaire de thérapeutique à la Faculté de médecine de Varsovie, a relaté trois faits de mort subite par arrêt du cœur en systole, imputables à ce médicament (voir *Semaine médicale*, 1899, p. 152). De son côté, M. le Dr F. Combemale, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille, vient d'observer un cas dans lequel la caféine

paraît avoir déterminé des troubles assez graves. Il s'agissait d'une femme âgée de 73 ans et atteinte de bronchite grippale avec affaiblissement cardiaque, à laquelle on avait prescrit de la caféine à la dose quotidienne de 1 gramme. Grâce à cette médication, le fonctionnement du cœur et la bronchite ne tardèrent pas à s'améliorer; mais au bout de onze jours, pendant lesquels l'emploi de la caféine ne fut pas discontinué, la patiente commença à présenter au niveau des mains, deux fois par jour et à peu près aux mêmes heures, des accès typiques d'asphyxie locale débutant par le refroidissement et l'engourdissement et aboutissant à la cyanose. Cette asphyxie locale ne dépassait jamais le poignet et se dissipait en l'espace d'environ une heure. Les orteils étaient également le siège de phénomènes analogues, quoique moins prononcés. L'usage de la caféine ayant été suspendu, les accès d'asphyxie cessèrent de se produire.

« Ce fait montre que la caféine — qui est non seulement un stimulant cardiaque, mais aussi un vaso-constricteur — doit être maniée avec prudence, surtout chez les sujets âgés atteints d'artério-sclérose, comme c'était le cas de la malade de M. Combemale, de crainte de provoquer un spasme vasculaire des extrémités, lequel pourrait entraîner des conséquences graves. »

Chez les animaux à sang chaud la caféine détermine la mort du cœur en *diastole*. Les faits du Dr Zénetz démontre, une fois de plus, que les médicaments chez l'homme malade développent une action contraire à celle qu'ils produisent chez l'homme sain.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE PAR DES ONCTIONS D'HUILE CRÉOSOTÉE

Nous reproduisons, à titre de renseignement et sous toutes réserves, la note suivante communiquée par le Dr Fitzgerald. (*Semaine médicale*, 26 juillet 1899.)

« Un médecin de l'armée anglaise, M. le Dr A. O. Fitzgerald, a pu se convaincre des effets favorables exercés sur les fièvres

palustres par les applications épidermiques de créosote, traitement préconisé dès 1896 par un de ses collègues, M. le docteur L. Rogers.

« La dose de créosote employée chaque fois est, en moyenne, de 1 gramme pour un enfant âgé d'un an, et de 2 à 4 grammes chez les adultes. On y ajoute une même quantité d'huile et on pratique avec ce mélange, pendant cinq à dix minutes, des frictions sur la poitrine et sur l'abdomen, ainsi que sous les aisselles et aux flancs. Ces onctions sont répétées trois fois par jour.

« Sous l'influence de ce traitement, M. Fitzgerald a vu tous les symptômes de la fièvre malarique se dissiper rapidement, même dans les cas invétérés que la quinine a été impuissante à guérir. Aussi estime-t-il que les badigeonnages créosotés constituent contre les affections paludéennes un bon procédé thérapeutique qui, en raison de la facilité de son application, est surtout indiqué chez les enfants. »

TRAITEMENT DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE PAR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES DE NITRITE DE SODIUM

C'est au même titre que nous empruntons à la *Semaine médicale* (5 juillet, 1899), la communication suivante du Dr Petrone.

« Les résultats favorables que M. le Dr Petrone a obtenus au moyen d'injections de nitrite de sodium dans la syphilis (voir *Semaine médicale*, 1895, Annexes p. CCII), ont engagé M. le Dr L. O. Darchkévitch, professeur extraordinaire de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Kazan, à expérimenter cette même médication contre le tabes que notre confrère russe considère comme étant d'origine syphilitique. En conséquence, M. Darchkévitch a pratiqué à des sujets atteints d'ataxie locomotrice des injections hypodermiques quotidiennes de 1 cc. d'une solution de nitrite de sodium dont le titre était porté progressivement de 1 à 6 p. 100. Le nombre d'injections reçues par chacun des malades a été de 80 en moyenne. Ce traitement a eu pour effet d'amender les douleurs fulgurantes, 'ataxie et les troubles de la fonction vésicale, tout en améliorant

l'état général des patients, qui augmentaient de poids; d'autre part, il n'a exercé aucune action nocive sur le nerf optique, à l'encontre de ce qu'on observe parfois pour le mercure. Il y a plus : dans les cas de tabes avec atrophie des nerfs optiques la quantité de sang contenu dans les artères de la papille et la capacité visuelle ont nettement augmenté grâce au nitrite de sodium. Enfin, chez certains tabétiques dont l'affection avait d'abord résisté à la médication hydrargyrique, le mercure a donné des résultats favorables quand on l'employait concurremment avec les injections de nitrite de sodium.

« Ces injections ont été d'ordinaire bien supportées, et ce n'est que rarement qu'elles ont provoqué des phénomènes désagréables, tels que céphalalgie, hypersudation et congestion de la tête avec sensation de chaleur, phénomènes qui, d'ailleurs, se dissipaient dès qu'on suspendait le traitement. »

LA PRÉSENCE DE L'IODE DANS L'EAU DE LA MER

Voici le compte-rendu de l'Académie des Sciences (3 juillet 1899) résumé dans l'*Indépendance médicale* :

« M. A. *Gautier* poursuit l'exposé de ses recherches sur l'iode de la mer. On ne trouve pas d'iode minéral dans la mer, on le rencontre sous forme d'iode organique. M. Gautier, pour expliquer la présence de l'iode organisé, avait émis l'hypothèse que l'iode, à l'état naturel, devait se trouver en quantité dans les profondeurs, avant la couche du plankton animal ou végétal en suspension dans l'eau. Il est clair que les organismes doivent s'en emparer et c'est pourquoi on ne trouve plus l'iode dans les eaux superficielles à l'état de liberté.

« Sur la demande de M. Gautier, le prince de Monaco a fait puiser des eaux de la Méditerranée par 800 et 900 mètres de fond. Le plafond de la Méditerranée se trouve à 900 et quelques mètres, tout près du rocher de Monaco. Les eaux ont été analysées à Paris, et, en dehors de quelques débris minéraux, de quelques mucédinées, M. Gautier, conformément à son hypothèse, a rencontré plus de 2 milligrammes d'iode libre par litre. Voilà l'origine des iodures emprisonnés dans les organismes de la mer.

« La densité de la Méditerranée atteint son maximum, non pas

près de la couche du fond, mais à 800 mètres environ comme le maximum de teneur en iode. Il faut donc en conclure que, dans cette région au moins, près du rocher de Monaco, il doit y avoir au fond des sources d'eau chaude qui, évidemment, proviennent de la terre ferme voisine.

« M. A. Gautier a même constaté la présence, à toutes les profondeurs depuis la surface, d'une matière gélatineuse, visqueuse, très riche en iode. Cette matière est très complexe; il se propose d'étudier sa composition ».

ACTION DE LA SAIGNÉE SUR LES INTOXICATIONS

Il y a longtemps que nous avons protesté contre la pratique de la saignée dans le traitement des intoxications. Orfila avait préconisé ce mode de traitement dans l'empoisonnement par l'arsenic et cette même médication est préconisée couramment contre les intoxications microbiennes. Les expériences suivantes communiquées à l'*Académie de médecine belge*, 21 juillet 1899 (*Indépendance médicale*), vient à l'appui de nos critiques.

« MM. *Ronsse* et *Heymans* communiquent à la Société le résultat de leurs recherches sur l'influence de la saignée sur l'intoxication tétanique. Ces expériences sont destinées à étudier l'influence générale de la diminution du volume du sang sur les grandes intoxications. Les auteurs ont choisi l'intoxication tétanique parce qu'elle est cliniquement très bien caractérisée.

« Ils ont expérimenté sur des lapins en leur faisant des injections intra-veineuses de tétanine à des doses mortelles. Les injections étaient faites soit à des lapins anémiés par la saignée, soit à des lapins rendus pléthoriques par transfusions. D'autres lapins servaient de témoins.

« Dans les deux cas, aussi bien l'anémie que la pléthore ont été sans influence sur la rapidité de la mort.

« MM. Ronsse et Heymans concluent de leurs expériences que le volume du sang est indifférent à l'action des toxines ou tout au moins à l'action de la toxine tétanique.

REVUE DES JOURNAUX

TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE PAR LES INJECTIONS DE SÉRUM SANGUIN DE DIPHTÉRIQUES CONVALESCENTS

Un médecin hessois, M. le Dr Weisbecker (de Sedern), a expérimenté dans 30 cas de diphtérie observés au cours d'une épidémie grave, des injections de sérum sanguin recueilli sur des enfants qui se trouvaient à la période de convalescence de la diphtérie et qui pendant toute la durée de cette affection n'avaient subi aucun traitement sérothérapique.

Les résultats obtenus par notre confrère ont été, en somme, favorables, puisque chez ses petits malades la mortalité n'a été que de 12 à 13 p. 100, c'est-à-dire à peu près celle qu'on observe avec les injections de sérum antidiphtérique de cheval.

M. Weisbecker a employé le sérum de convalescents à une dose variant, selon l'âge de l'enfant, de 4 à 10 centimètres cubes, et il n'a fait qu'une injection à chaque malade, sauf pour les cas de récidive. Ces injections ont eu pour effet immédiat, lorsqu'il s'agissait de diphtérie non compliquée d'infection septique, d'améliorer considérablement l'état général de l'enfant. Dans quelques cas la température redevenait bientôt normale et les fausses membranes ne tardaient pas à disparaître. Mais le plus souvent la fièvre persistait et le processus local continuait

à s'étendre ; cependant, l'état général restait bon et l'affection se terminait par la guérison.

Dans les diphtéries avec infection septique secondaire les injections de sérum de convalescents ne paraissent exercer une action favorable que lorsqu'elles sont pratiquées tout au début de la maladie. C'est ainsi que la mort n'a pu être conjurée que chez trois patients de cette catégorie, auxquels l'injection avait été faite de quatre à six heures après l'apparition des premiers symptômes.

Pour ce qui concerne le croup, notre confrère a remarqué que c'est précisément sur la diphtérie à localisation laryngienne que le sérum de convalescent semble agir d'une façon particulièrement favorable. Quand l'injection est pratiquée à une période précoce du croup l'évolution du processus morbide au niveau du larynx se trouve enrayée, la toux croupale ne tarde pas à disparaître et les phénomènes de sténose n'ont pas le temps de se développer.

Comme il a été dit, chacun des petits malades n'a reçu qu'une seule injection, notre confrère ayant pu se convaincre que le sérum dont il s'agit se distingue du sérum antidiphtérique de cheval par le fait que l'action d'une injection n'est nullement accrue par les injections suivantes, et que si la première tentative de cette sérothérapie reste sans effet, les injections ultérieures sont également inefficaces. Toutefois, il en a été autrement dans les 4 cas de récidive que M. Weisbecker a observés chez ses malades : la récidive n'étant autre chose qu'une réinfection diphtérique, il est évident qu'elle est justiciable d'une nouvelle injection de sérum de diphtériques convalescents. (*Semaine médicale*, 5 octobre 1898.)

SUR LA TOXICITÉ DU SESQUISULFURE DE PHOSPHORE

M. Frouin. — Depuis plus d'une année, le sesquisulfure de phosphore a été substitué au phosphore blanc dans la fabrication des allumettes.

Pour se rendre compte de la toxicité du premier corps, il semble rationnel d'en étudier surtout les émanations, puisque c'est le mode d'intoxication habituel des ouvriers qui le manipulent. Or, le sesquisulfure de phosphore dégage de l'hydrogène sulfuré, et les vapeurs produites par cette substance sont plus toxiques pour la souris que celles que donne la même quantité de phosphore blanc. Cette toxicité semble due non seulement aux vapeurs d'acide sulfhydrique, mais aussi à des composés phosphorés volatils.

Il résulte de ces constatations que, si l'emploi du sesquisulfure est appelé à diminuer le nombre des empoisonnements criminels ou volontaires, la manipulation et l'utilisation industrielle de ce produit ne doivent pas moins être considérées comme insalubres. (*Semaine médicale*, 28 juin.)

TRAITEMENT SÉROTHÉRAPIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Le Dr Jez, du collège des médecins de Vienne, préconise le traitement suivant :

Il a d'abord injecté à un lapin de très petites doses d'un bouillon de culture jeune (de deux jours environ), de bacilles de la fièvre typhoïde ; quand la réaction a eu le temps de se produire, il a injecté une dose plus forte, et ainsi de suite. L'animal ayant été sacrifié, il a recueilli la rate, la moelle osseuse, le thymus, et les a broyés avec du sel marin, de la pepsine, de l'iode et de la glycérine ; ce mélange a été laissé vingt-quatre heures dans la glace, après quoi il a été filtré. Il a obtenu ainsi un liquide rouge, limpide, qui, au bout de quelque temps, se trouble ; il suffit de le filtrer pour le clarifier à nouveau. C'est ce liquide qui constituerait, d'après M. Jez, un remède spécifique de la fièvre typhoïde.

Le médicament, ainsi préparé, est donné aux sujets atteints de fièvre typhoïde toutes les deux heures, à la dose d'une cuillerée à soupe. Rapidement, les rémissions fébriles se manifesteraient et, alors, il faut se contenter de donner seulement trois cuillerées à soupe du remède en question. Lorsque la fièvre a totalement disparu, le malade doit encore prendre le remède pendant quelques jours, mais à très petites doses prudemment administrées.

Sous l'influence de ce traitement, la fièvre, de continue qu'elle était avant cette médication, devient rémittente au bout de deux ou trois jours ; le pouls est moins fréquent et plus régulier, l'état général s'améliore ; la langue devient humide et se déterge ; la quantité des urines augmente. Deux ou trois jours suffisent pour amener une apyrexie complète.

Et ce qui, d'après M. Jez, montre bien que le remède en question est tout à fait spécifique, c'est que, administré dans d'autres maladies infectieuses, la grippe, la pneu-

monie, la méningite tuberculeuse, il reste absolument sans action. (*Journal d'hygiène*, 29 juin.)

Nous ne reproduisons ce mode de traitement que comme indication, parce que la préparation du liquide employé est un peu incomplète.

EMPLOI DE PRÉPARATIONS DE GLANDES MAMMAIRE ET PAROTIDE DANS LA THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE.

Après avoir essayé, chez des femmes atteintes de fibromes utérins, l'extrait de corps thyroïde et avoir remarqué que ce produit exerce une action déprimante sur le cœur, M. le D[r] Shober, accoucheur au Philadelphia Hospital, a eu l'idée de recourir, en pareil cas, à l'usage de préparations de glande mammaire, et il a trouvé que, loin de provoquer des troubles quelconques, ces préparations influencent d'une manière très favorable l'état général.

Ce moyen de traitement a donné des résultats satisfaisants aussi bien dans les cas de fibromes volumineux à noyaux multiples, que lorsqu'il s'est agi de petites tumeurs sous-séreuses. La menstruation est redevenue régulière, moins abondante, peu ou pas douloureuse, et les tumeurs ont diminué de volume. En présence de ces résultats, notre confrère a cru bon d'expérimenter le même mode de traitement contre les hémorrhagies utérines, chez des femmes non atteintes de fibromes, et il a obtenu des succès.

La glande mammaire a été administrée sous forme de

tablettes contenant chacune 0 gr. 12 centigrammes de poudre desséchée de glande mammaire de brebis (ce qui correspond à 1 gr. 20 centigramme de glande fraîche). On en faisait prendre de 3 à 6 par jour, pendant deux mois environ.

Quant à la parotide, M. Shober l'a essayée dans des cas d'ovarite, ainsi que dans la névralgie et la dysménorrhée ovarienne. Le mode d'administration et les doses ont été les mêmes que pour la glande mammaire, et les résultats obtenus ont toujours été durables. Toutefois, notre confrère estime que ce traitement ne saurait être couronné de succès si, à côté de l'ovarite, il existe une salpingite ou une inflammation pelvienne. (*Semaine médicale*, 21 juin.)

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

I [illegible] — Typ A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

OCTOBRE 1899

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

Pathogénésie de l'iode.

Suivant qu'on l'administre à dose forte, moyenne ou faible, l'iode produit trois formes d'empoisonnement : aigu, subaigu ou chronique.

Nous décrirons dans cet article seulement la forme chronique, nous réservant de revenir sur les formes plus aiguës, quand nous aurons terminé les expériences en cours d'exécution à notre laboratoire : expériences destinées à combler bien des vides dans l'histoire des symptômes et des lésions de l'empoisonnement par l'iode.

Empoisonnement chronique par l'iode ou iodisme.

Cette histoire de l'action de l'iode à petite dose et longtemps continué sur l'organisme humain présente une grande difficulté : c'est que la plupart des symptômes sont empruntés à des *malades* en traitement, soit de scrofule, soit surtout de goître. Or les symptômes produits par les petites doses d'iode sur l'organisme sain ont une telle ressemblance avec les symptômes dus à la suppression de la fonction de la glande thyroïde, soit par altération de cette glande (goître exophtalmique), soit par son extrac-

tion, que beaucoup de médecins ont voulu expliquer par cette cause les symptômes attribués à l'action de l'iode à petite dose longtemps continuée.

Nous verrons un peu plus loin que c'est par cet argument que l'Académie de médecine a prétendu réfuter le travail de Rilliet sur l'iodisme, présenté en 1859. A cette époque, le spectre de l'homœopathie faisait déraisonner nos grands hommes. Et quoique Rilliet eût eu la précaution bien génevoise de faire remarquer que les doses employées par lui étaient pondérables, des immortels de l'Académie, persuadés que des doses plus faibles encore que les premières triturations Hahnemanniennes sentaient le fagot homœopathique à un tel degré qu'il n'y avait point à hésiter, condamnèrent le travail de Rilliet comme entaché d'erreur de diagnostic. Nous en appelons de ce jugement et nous en démontrerons la fausseté.

Coindé, après avoir inauguré à Genève le traitement du goître par l'iodure de potassium, dut reconnaître que ce traitement déterminait dans un certain nombre de cas des accidents graves, surtout quand le goître disparaissait rapidement. Il diminua donc progressivement les doses. Charles Coindé, son fils, accentua de plus en plus cette diminution et Marc d'Espines, Mouvert et Bizot qui, en 1834, prirent la direction du dispensaire médical de Genève, fixèrent la dose de l'iodure de potassium dans le traitement du goître à un centième (0,0005 décimilligrammes) de grain par jour (*Mémoires sur l'iodisme*, page 9).

Rilliet observa que ces très petites doses d'iode développaient chez l'homme un ensemble de symptômes bien différents de l'iodisme aigu et qui n'avait pas encore été décrit. Charles Coindé, dont l'expérience de la médication

iodique est si considérable, professe la même opinion. Rilliet se décida donc à écrire son mémoire et il l'appuya sur trois catégories d'observations. Nous laisserons de côté la première catégorie, parce qu'elle s'applique à des goîtreux, qu'il peut se rencontrer parmi eux des goîtres exophtalmiques, que chez des goîtreux véritables, la disparition totale de la glande thyroïde peut avoir des suites analogues à celles de son ablation, que d'ailleurs les goîtreux ne peuvent représenter les organismes sains ; pour toutes ces raisons nous laissons de côté la première catégorie de faits réunis par Rilliet. Par contre, la seconde catégorie d'observations constitue une *expérience pure*, comme les avait instituées Hahnemann pour étudier la matière médicale. 28 personnes, dont une seule était pthisique, les autres jouissaient d'une bonne santé, aucune, ni de loin ni de près, ne présentait de goître. Ces 28 personnes, pendant deux années, firent usage, pour apprêter leurs aliments de sel de cuisine additionné d'un dix millième d'iodure de potassium, en sorte que la quantité d'iodure de potassium absorbée en deux ans fut de 40 centigrammes par personne. Sur ces 28 personnes, 3 seulement furent malades, 1 homme de 45 ans et 2 femmes de 60 ans.

Voici, en résumé, ces observations :

Obs. I. — Homme de 45 ans d'une constitution très forte, jamais malade. Au bout de sept mois de l'usage du sel ioduré, cet homme commença à maigrir. Il éprouva des palpitations ; son moral se prit : tristesse, mélancolie, idées fixes, abattement, malaise indéfinissable dans le bas ventre avec constipation.

L'usage du sel ioduré fut suspendu accidentellement

pendant les mois de janvier et de février et le rétablissement fut complet.

De retour chez lui au mois d'août, ce monsieur reprit l'usage du sel ioduré et très rapidement, au bout de deux mois à peine, il fut repris des symptomes précédemment décrits avec beaucoup plus d'intensité que la première fois : amaigrissement notable et progressif malgré l'appétit vorace ; comme la première fois, tremblement, palpitations, fixité du regard, teint jaune et surtout les symptomes moraux très prononcés, émotivité jusqu'aux larmes, irritabilité, dégoût et découragement, sommeil agité. Cette fois, on n'hésita pas à attribuer au sel ioduré la cause de tous ces accidents. On y renonça et le malade se rétablit complètement au bout de deux mois.

Voici maintenant un fait qui entre tous, a suscité la critique des académiciens. Ce même homme, deux ans et demi après le complet rétablissement de son deuxième accès d'iodisme, fut repris des mêmes accidents, mais avec une intensité qui fit craindre pour sa vie, et tout cela pour avoir passé 21 jours au bord de la mer, à Biarritz et à Arcachon. Amaigrissement devenu squelettique avec faim exagérée, caducité. Il marche courbé en deux, tremblement, essoufflement au moindre mouvement, pous faible et très fréquent, perte des forces qui le force à garder le lit et rend difficile son voyage à Genève. Arrivé dans cette ville, il s'est remis promptement et complètement.

Si on réfléchit que, d'après les recherches du Dr Chatin, on absorbe au bord de la mer un cinquième de milligramme d'iode par jour, de quel droit repousserait-on le fait cité par Rilliet et quelle difficulté y a-t-il à comprendre qu'un homme après deux accès d'iodisme à

Genève pour avoir absorbé moins de 20 centigrammes d'iodure de potassium par an, n'éprouverait pas les mêmes accidents en absorbant un cinquième de milligramme d'iode par jour. J'ajoute qu'il est d'observation courante que l'air de la mer est nuisible à certaines personnes, qu'elle cause principalement de l'insomnie et de l'agitation nerveuse ; que ces deux symptômes sont propres à l'iodisme et que dans un certain nombre de cas ils sont assez intenses pour forcer les malades à quitter le littoral. Enfin, je trouve à la page 64 du mémoire de Rilliet, l'observation d'une dame de 60 ans qui 8 jours après son arrivée à Biarritz, commença à présenter tous les symptômes de l'iodisme; amaigrissement énorme, état nerveux, insommie, voix cassée, état inquiétant. Elle quitte la mer au bout de trois semaines et se rétablit rapidement à Genève.

Nous avons dit que sur 28 personnes soumises à l'usage du sel ioduré, 3 furent malades, nous venons de donner l'observation du premier. Nous avons donc deux observations de cette catégorie à rapporter.

Obs. II. — Femme de 60 ans. Les accidents débutèrent deux mois après l'usage du sel iodé ; amaigrissement avec grand appétit, tremblement, palpitations, face pâle et jaune, perte des forces, insomnie, émotivité, idées fixes, tristesse. La santé se rétablit très promptement après la cessation du sel.

Obs. III. — Femme de 60 ans. Fit usage du sel pendant 4 mois, mêmes symptômes. Elle guérit par la cessation du sel.

Nous disions que les expériences de Rilliet sont insti-

tuées sur les mêmes méthodes que les expériences de Hahnemann. Expérimentation avec des doses de médicaments pondérables mais très faibles, 20 centigrammes de substance dans le cours d'une année, expérience longtemps prolongée, santé parfaite des sujets en expérimentation, symptômes presque identiques chez les sujets touchés, faible proportion d'organismes atteints par ces doses infiniment petites d'iode, 3 sur 26. Nous retenons donc comme nôtres ces expériences de Rilliet et nous estimons qu'elles ont tous les caractères exigibles pour constituer la matière médicale expérimentale.

Nous trouvons dans la matière médicale de Hahnemann la confirmation de tous les symptômes produit par l'iode à petite dose chez l'homme en santé. Ainsi, disposition à la mélancolie (symptôme n° 2), anxiété (10), agitation (17), répugnance au travail et découragement (20, 21 et 25), irritabilité (27 et 28), excitation extrême du système nerveux (30, 33, 34), idées fixes (37), face blême et jaune (128 et 130), altération des traits (133), voracité et boulimie (201, 203, 204, 205), douleur dans le bas ventre (261, 265, 268, 271, etc.,), constipation opiniâtre (300, 301, etc.), respiration oppressée (450, 453, 455), forts battements de cœur (471, 472, 474, 475), tremblement général avec pouls petit et très accéléré (610), lassitude (623, 624), prostration complète (631), amaigrissement jusqu'au marasme (650, 653), sommeil agité (669), insomnie complète (671). pouls accéléré (693) et extrêmement petit (698).

Les symptômes signalés par Rilliet sur ses malades en expérience avaient donc déjà été observés et consignés dans le livre des *maladies chroniques* de Hahnemann. Si j'ajoute qu'un grand nombre d'auteurs tels que Gardner,

Richter, Perrot, Collet, Groefe, Walle, Massalien, Neuman, Hening, Goerg, Schmiett, Orfila, Coindé, Rust, Baup, Matthey, etc., etc., ont rapporté comme produits par l'iode les mêmes symptômes que nous venons de signaler, nous pourrons considérer ces symptômes comme produits par l'iode administré pendant longtemps à petite dose.

Nous allons résumer en quelques lignes les symptômes produits par l'iode à petite dose, en conservant autant que possible l'évolution de la maladie médicamenteuse.

L'iodisme s'annonce habituellement par l'exagération de l'appétit, la boulimie, accompagnée d'une chaleur douloureuse à la région épigastrique et d'un sentiment de défaillance qui disparaît pour un temps après la prise des aliments. Bientot l'amaigrissement se prononce, avec altération de la face, pâleur du visage et vivacité remarquable du regard.

Si l'usage de l'iode est continué, les symptomes s'aggravent progressivement, habituellement lentement et d'autres fois avec une rapidité effrayante. L'amaigrissement s'accentue de jour en jour, malgré un appétit exagéré, le pouls s'accélère, surtout au moindre mouvement, il est petit et faible. La peau du visage est pâle et jaunâtre, le faciès exprime la tristesse et l'anxiété, les yeux sont cernés, tantot fixes, tantot un peu égarés, la faiblesse est grande, la voix est cassée, les malades sont tremblants et essoufflés au moindre mouvement. Sommeil troublé et insomnie. Symptômes nerveux pénibles, inquiétude, frayeur, grande irritabilité, émotion facile.

L'action des petites doses d'iode sur l'organisme soulève incidemment quatre questions : celle de l'âge où la

susceptibilité iodique est plus grande; celle du pays où on l'observe le plus souvent; le problème de l'action absolument différente des grandes et des petites doses; et enfin la susceptibilité incontestable des goîtreux à ressentir l'action de l'iode.

Age. — Rilliet dit expressément que l'iodisme chronique ne s'observe guère que dans l'âge mûr et dans la vieillesse et qu'il a toujours prescrit sans inconvénient aux enfants et aux adolescents les petites doses d'iodure de potassium curatives du goître. Nous n'avons pas, quant à présent, l'explication de l'influence de l'âge sur la réceptivité iodique.

Pays. — Les médecins de Genève ont remarqué que l'iodisme constitutionnel s'observait presque exclusivement dans leur pays et dans le centre de l'Europe. L'explication de ce phénomène est assez naturel. L'air et les eaux de la Suisse, d'après les recherches de Chatin, ne contiennent point d'iode. Ce médicament a rencontré donc dans ces populations un organisme absolument neuf, tandis que les populations dont l'air contient des quantités notables d'iode, comme les habitants des côtes, par exemple, jouissent d'une certaine accoutumance vis à-vis de ce métalloïde.

Action opposée des doses fortes et petites. — Les fortes doses d'iodure de potassium, 1 gr. 50 à 3 grammes par jour, continuées, *même sans interruption*, pendant des mois, dans le traitement de la syphilis ou de la scrofule, n'ont peut-être jamais déterminé un cas d'iodisme chronique, que les malades habitent Genève ou Paris.

Au contraire, des doses très faibles d'iodure de potassium (2 milligrammes à 1 centigramme par jour. Observation I à VI de Rilliet), produisent des symptômes d'io-

disme très grave et ces symptômes peuvent débuter après 8 et 10 jours de traitement (Rilliet). Ainsi, il est incontestable, d'une part, que des doses énormes continuées pendant des mois, sans interruption, ne produisent aucun des symptômes de l'iodisme constitutionnel, et qu'au contraire des doses infimes exprimées en milligrammes déterminent en quelques jours des symptômes graves qui, malgré la cessation du traitement, se perpétuent pendant plusieurs mois. Et il ne faut point expliquer cette action en apparence paradoxale par l'état de santé des malades, l'existence du goître, par exemple, dans cette dernière catégorie, puisque les mêmes effets d'iodisme ont été produit par des doses également infinitésimales sur des personnes en pleine santé (Cf., 2e catégorie d'observations de Rilliet).

L'action opposée des doses fortes et des doses faibles est une loi courante de la pharmacodynamie. Il est inutile de rappeler les exemples de l'émétique administré à la dose de 0,05 centig. ou à la dose de 1 gramme, de l'opium à dose pour ainsi dire physiologique et excitante et à dose forte et toxique, des purgatifs qui, à dose ordinaire, excitent les selles, et à doses très petites amènent la constipation. L'étude attentive de la matière médicale montre dans tous les médicaments des actions opposées suivant qu'on les administre à petite ou à grande dose. L'iodure de potassium suit donc la loi générale et des recherches, que je n'ai pu compléter, tendent à prouver que le goître traité par des doses d'iode plus élevées que celles employées par Rillet produisaient moins souvent les accidents d'iodisme. Ceci semble résulter de la lecture du mémoire de Coindé.

Réceptivité des goîtreux pour l'iode. — **Mais si l'iodisme peut se développer chez des personnes en pleine santé et absolument exemptes de goître, il est vrai de dire que les goîtreux présentent une susceptibilité toute particulière. Comment expliquer cette susceptibilité? Le premier point est de bien connaître la succession des symptômes chez les malades goîtreux atteints d'iodisme pendant le traitement. Pour cela, nous résumerons quelques observations de Rilliet, qui sont réellement suggestives.**

OBSERVATION I. — Il s'agit d'un homme de 50 ans, d'une bonne santé habituelle, portant depuis sa jeunesse un goître situé à la région latérale droite du cou. Ce goître est rond, bosselé, indolent, non fluctuant, du volume d'une orange. Son accroissement a été lent et insensible.

Ce malade prit chaque matin à jeun une cuillerée contenant 1 gramme d'iodure de potassium. Dès le premier jour du traitement, angoisse indéfinissable. Le sixième jour, les malaises augmentant et l'amaigrissement étant considérable, le malade jeta sa potion dans le lac.

Deux jours après, le médecin constata chez son malade tous les signes que nous avons déjà décrits de l'iodisme le plus grave. Mais le goître était réduit aux trois quarts de son volume. Le malade envoyé à la campagne fut souffrant tout l'été, il se remit complètement en hiver, *mais le goître était revenu à son volume primitif.*

OBS. II. — Il s'agit d'une dame de 36 ans. Goître depuis l'âge de 30 ans, traitement externe par des frictions d'eau de Cologne, contenant 1 gr. 30 d'iodure pour 30 grammes d'eau.

Au bout de dix jours le goître avait considérablement

diminué, mais tous les symptômes de l'iodisme s'étaient développés en même temps. La santé reparut au bout de deux mois, mais le goître a reparu.

Obs. III. — Il s'agit d'un chien atteint de goître. Il prit 2 centigrammes d'iodure de potassium en quatre jours et présenta les principaux symptômes de l'iodisme. Il se rétablit, et son goître n'a pas reparu.

Obs. IV. — Il s'agit d'un homme de 52 ans, portant un goître très volumineux. Iodisme grave, après avoir consommé 12 cent. 1/2 d'iode en 60 jours. Guérison, avec réapparition du goître.

L'observation V, est la répétition des autres, 60 centigrammes d'iodure en quatre mois. Iodisme moyen, Guérison avec réapparition du goître.

Il résulte de la lecture de ces observations que l'apparition de l'iodisme chez les goîtreux accompagne la disparition de cette tumeur et que la guérison coïncide avec la réapparition du goître. Il semblerait que l'action de l'iode avec la glande thyroïde soit comparable à l'action de la thyroïdectomie. Dans les deux cas, l'action physiologique de la glande thyroïde est suspendue et les symptômes d'iodisme, si analogues à ceux du myxœdème se rencontrent dans les deux cas.

Des faits si précieux renfermés dans le mémoire de Rilliet, faits qui confirment la pathogénésie de Hahnemann, il résulte que nous possédons une histoire pathogénétique de l'iode qui peut prendre une place légitime, dans la matière médicale expérimentale.

P. Jousset.

PATHOGÉNÉSIE DE LA COCAÏNE

I. *Expérimentations sur l'homme sain.*

1° ..... (*Journ. of Ann. Med. Assoc.* fév. 1886). — *Application externe.* — *a*) *Conjonctive.* — Quand une goutte d'une solution à 4 p. 100 (et le même fait est produit par une solution beaucoup plus faible) est introduite dans l'œil, on observe une légère sensation de brûlure. Une minute ou deux après, la cornée et la conjonctive deviennent insensibles, avec perte de toute excitabilité réflexe ; on peut y poser le doigt et la conjonctive peut être prise avec une pince sans causer aucune sensation désagréable. En même temps, existe une sensation de tension dans les paupières et l'œil paraît poussé au dehors comme dans la maladie de Graves. La conjonctive devient excessivement pâle. Ces phénomènes durent environ dix minutes, puis disparaissent graduellement. En moins de dix à quinze minutes, la pupille commence à se dilater et il y a une légère paralysie de l'accommodation. La mydriase n'est jamais très considérable, mais elle persiste pendant quelques heures après la disparition de l'anesthésie.

b) *Muqueuse nasale.* — Quand elle est appliquée sur la muqueuse nasale, la solution à 4 p. 100 produit, en quelques secondes, une sensation d'engourdissement qui devient plus marquée si l'application est répétée. Si l'application est renouvelée de cinq en cinq minutes pendant quinze ou vingt minutes, on peut couper ou cautériser le tissu muqueux, sans une sensation bien définie, seulement les instruments pénètrent très profondément dans le tissu sous-muqueux. Très souvent après l'application

de la cocaïne, la membrane paraît pâle et devient tout à fait blanche, comme si elle était anémique. Elle se rétracte d'une façon marquée, même si elle était enflée avant l'application. Mais bien que l'action primitive soit l'anesthésie et l'anémie de la muqueuse, on observe comme action secondaire un grand gonflement et l'hyperesthésie des parties traitées, et ces symptômes sont souvent plus marqués qu'ils ne l'étaient, avant l'application de la drogue.

2° ..... (*Brit. and Colonial Druggist*, 1885, p. 36). — Etant donné que l'écrivain — dont le système nerveux est malheureusement à un haut degré de sensibilité — a pris des doses d'hydrochlorate de cocaïne, équivalent au total à pas moins de 32 grains de cocaïne (environ 2 grammes) dans l'espace de trois heures, sans (comme les présentes lignes le prouvent suffisamment) un résultat fatal, ce produit remarquable ne peut pas être rangé complètement parmi les alcaloïdes toxiques. Parmi les principaux symptômes produits : augmentation de l'activité cérébrale, arrivant par moment aux confins du délire, cette tendance restant toujours subordonnée à un grand effort de volonté. Cet état continua pendant cinq heures, l'action du cœur et la respiration étant en même temps légèrement augmentée, mais pas à un degré pénible. Au début, le pouvoir musculaire paraissait augmenté, des poids plus lourds étant soulevés sans un effort aussi violent que de coutume, pendant que les facultés de réflexion — comme par exemple la facilité de lire de nouvelles matières scientifiques et de s'en faire une opinion — paraissaient augmentées. Une heure après que la quantité indiquée avait été complètement prise, la sensibilité des membres aux influences extérieures — qui

avait graduellement diminué dès le début, — devint matériellement perdue et ni pincement. ni piqûres, ni légères brûlures avec un fer rouge ne pouvaient être sentis sur la face de flexion des bras et des jambes. Le tronc, cependant, ne perdit jamais sa sensibilité à la douleur d'une façon marquée. De légers mouvements convulsifs et une sensation de torpeur corporelle se montrèrent ensuite, amenant vers la huitième heure une somnolence plus marquée. Aucun désir spécial ni aucun dégoût pour la nourriture ne fut noté, mais le sommeil l'emporta sur tous les autres symptômes entre la dixième et la onzième heure après le début des accidents, et continua pendant treize heures ensuite ; une légère sensation de vertige fut ressentie au réveil, mais diminua graduellement et disparut complètement vingt-quatre heures après.

3° Hage, de Richmond, (*Virginia Medic. Monthly*, 1886). — Expérience sur lui-même : A 4 h. 45 de l'après-midi, pouls 88, avant le commencement de l'expérience. A 5 heures, 1/4 de grain (environ 0 gr. 016), dans VI gouttes d'eau, est injecté dans l'avant-bras gauche sur le bord radial, environ au point où le nerf cutané externe passe à travers l'aponévrose de l'avant-bras. A 5 h. 15 et à 5 h. 30, nouvelles injections d'un quart de grain. Aucune douleur au point de la piqûre. A 5 h. 40, pouls 110 ; légère transpiration au front et légère nervosité. A 5 h. 45, nouvelle injection d'un quart de grain. Aucun symptôme, sauf légère agitation. A 6 h. 5, injection d'un 1/2 grain (environ 0 gr. 032), sans que la piqûre de l'aiguille soit même sentie. Tout le bras gauche semble engourdi et lourd ; les mains moites et froides ; les pupilles dilatées aussitôt après l'injection. A 6 h. 10,

pouls 114, légers bourdonnements dans les oreilles, et sensation de vacuité dans l'estomac. A 6 h. 30, injection d'un 1/2 grain ; l'aiguille n'est pas sentie. Pouls 120 ; sensation de grande sécheresse dans la bouche et la gorge. A 6 h. 40, pouls 114. J'ai de la somnolence, sensation de sommeil et la tête lourde. Respiration 25. Température 100° (37°7). Les pupilles sont bien dilatées, la droite plus que la gauche. La figure est légèrement rouge, la peau moite et visqueuse. A 6 h. 50, une grande aiguille à coudre est introduite lentement à travers la peau, l'aponévrose et le muscle long supinateur, sans la moindre douleur et sans même une simple sensation de pression ; mais lorsqu'elle atteint le périoste, elle produit une douleur intense, comme si quelque chose le rongeait. A 7 heures, un 1/2 grain de plus est administré. Pouls 120. Mains froides. A 7 h. 35, injection d'un 1/2 grain. Grande facilité dans la respiration. Transpiration marquée sur le front. A 7 h. 45, pouls 120 ; température 100° (37,7) ; respiration 28. Les mains sont encore froides ; léger mal de tête. Une zone d'insensibilité complète est bien déterminée et mesure de 2 à 4 pouces (de 5 à 10 centimètres) ayant une forme elliptique. Toutes les injections ci-dessus ont été faites dans un espace ayant environ la dimension d'une pièce de 10 cents, l'aiguille directement enfoncée vers le coude, la peau tenue entre les doigts suivant le mode ordinaire. La sensibilité est parfaite à environ 1/4 de pouce (0,007 mill.) au-dessus de la piqûre, mais là la ligne est très brusquement tracée, ce qui paraît indiquer ce fait que la cocaïne a été entraînée vers les extrémités par les artérioles. Des degrés modérés de chaleur et de froid ne sont pas ressentis dans leur plus légère différence. Un morceau de glace placé sur le bras n'était pas senti

jusqu'à ce qu'une partie ait fondu et coulé sur le côté cubital. Une pièce de métal chauffée presque au rouge — en fait, assez chaude pour roussir les poils et produire des ampoules — ne peut être sentie qu'après un contact de deux à trois secondes ; à ce moment, la douleur, bien que peu intense, était sourde et perceptible. A 8 h. 5, nouvelle injection d'un 1/2 grain, l'aiguille étant dirigée vers les doigts. A 8 h. 12, pouls 120; température 100°; respiration 28. La zone d'insensibilité a une forme de poire, mesurant de 4 à 6 pouces. A 8 h. 30, nouvelle injection d'un 1/2 grain. Pouls 116. Continuation de la sécheresse de la gorge, avec extrême facilité de respiration et tendance à soupirer fréquemment. A 9 heures, nouvelle injection d'un 1/2 grain. Pouls 116; température 99 3/4 (37,6), une aiguille introduite jusqu'à l'os en plusieurs places ne cause aucune douleur. Les pupilles sont également dilatées et sensibles à la lumière. Légers tressaillements musculaires en diverses parties du corps. Le mal de tête est tout à fait violent. A 9 h. 25, pouls 120, plénitude et lourdeur de la tête. Respiration principalement thoracique, très superficielle et délicieusement facile. La zone anesthésiée est toujours aussi étendue. Aucune sensation de nausées ni de vertige en aucun temps. Les mains sont encore froides et visqueuses. La sensibilité de la muqueuse des yeux, de la bouche et du nez n'a pas sensiblement diminué. Il y a une continuelle sécheresse de la gorge. Il y a une sensation de grande insomnie, avec faiblesse dans les jambes en marchant. A 11 heures, les symptômes généraux sont très peu marqués. La zone d'insensibilité décroît beaucoup. Le mal de tête est moindre, la respiration superficielle continue.

Résumé. — En quatre heures, injection de 4 grains 1/2 (environ 0 gr. 28) dissous dans 2 gros d'eau (environ 7 gr. 65) dans l'avant-bras gauche, amenant une zone d'anesthésie complète d'une étendue de 4 pouces sur 6 (environ 10 cent. sur 15) et atteignant en profondeur 1/2 à 2/3 de pouce (environ 1 cent. 1/2 à 2 cent.) : mal de tête, transpiration visqueuse du front et des mains, froide aux mains ; dilatation des pupilles ; faiblesse des jambes, pouls accéléré, chute de la température, respiration très superficielle ; sécheresse de la bouche et de la gorge.

4° Edw Mac. Carthy. (*Id.*). — Expérimentation faite sous la surveillance du D[r] Hage. Avant le commencement de l'expérience, le pouls battait 68, la température était de 99 1/2 (37°5). A 2 h. 40 de l'après-midi, il prend par la bouche 1/2 grain (0 gr. 032) dissous dans 2 cuillerées à café d'eau. Il trouve un goût très amer, semblable à celui de la quinine, mais sans sensation âcre. A 2 h. 45, légère sensation nerveuse, avec un peu de chaleur à l'estomac. A 2 h. 50, il prend 1/2 grain de plus. Pouls 64. A 2 h. 55, la chaleur à l'estomac est plus marquée. A 3 heures, il prend un autre 1/2 grain. Pouls 64 ; température 99° (37°2) ; léger engourdissement au bout de la langue ; pupilles un peu dilatées ; quelque chaleur au pharynx. A 3 h. 10, il prend encore 1/2 grain. Pouls 60, plus faible ; respiration 24. A 3 h. 15, il se sent gai et reposé. A 3 h. 20, nouvelle dose de 1/2 grain. Pouls 56, température 99°, respiration 24. La chaleur dans l'estomac est décidément plus marquée. Il décrit ses sensations comme très bonnes, il est comme après avoir bu un peu de Whisky. En marchant autour de la chambre, il se sent léger, la figure rouge. Jusqu'alors 2 gr. 1/2 (0 gr. 16) ont été pris en tout. A 3 h. 25,

après avoir marché, la sensation d'hilarité cesse. A 3h. 30, il prend un 1/2 grain de plus. Pouls 60. Il décrit ses sensations comme étant magnifiques par tout le corps, avec des mouvements d'excitation courant à travers les membres. Il se dit empoisonné. Une sensation d'assoupissement cinq minutes avant a été suivie d'une sensation de grande énergie. La rougeur de la face et la dilatation des pupilles sont très variables. A 3 h. 40, il prend encore un 1/2 grain. Pouls 64, température 98° 3/4 (37°). A 3 h. 45, chaque respiration paraît stimulée. A 3 h. 50, il prend un autre 1/2 grain. Le goût de la drogue ne lui paraît pas si amer qu'au début. La bouche et la langue sont très sèches. A 4 heures, légers tremblements dans les doigts, lorsqu'il les étend. Pouls 76, température 98° 3/4. Ni mal de tête, ni vertiges ; il continue à se trouver heureux et gai ; aussi, comme il n'y a aucun symptôme grave, il se décide à prendre 3 grains (0 gr. 194) de plus, un grain à la fois tous les quarts d'heure. A 4 h. 10, il avale un grain dissous dans 2 cuillerées à café d'eau. Pouls 76, température 98° 3/4. Toute espèce de mouvements inutiles des bras et des jambes, tels que des gesticulations et des courses autour de la chambre, paraissent très plaisants, et en fait sont irrésistibles. Il a un constant désir d'entreprendre de grands exploits de force et paraît prononcer un discours. A 4 h. 15, pouls 88 ; langue pâle et sèche. Quelques sensations délicieuses d'avoir un pouvoir supérieur ; il sent comme s'il ne pouvait rien voir ni entendre de capable de l'abaisser. A 4 h. 20, il prend 1 grain de plus. Pouls 66, respiration 28, sensation agréable d'élancements tremblants à travers le corps. A 4 h. 25, ayant les yeux fermés et les pieds réunis, le corps a comme un mouvement de pendule sur le côté. Tremblement marqué des

doigts étendus et disposition à soupirer ; il est incapable de faire une respiration profonde. A 4 h. 35, la dernière dose est prise. Pouls 88, température 99° (37°2). Il est très bavard ; sa conversation n'est pas décousue, mais répétition de la même idée à plusieurs reprises, les mots lui manquant pour exprimer ses sensations agréables. A 5 h. 20, la sensation d'hilarité s'efface complètement, il n'est pas ivre, mais semble abruti. A 7 h. 30, il n'a aucune faim, quoique n'ayant rien mangé depuis le matin 8 h. 30. 7 grains (0 gr. 45) ont été pris dans l'espace de cinq heures. Les premiers effets ont paru après 2 grains (0 gr. 1295) l'intoxication s'est produite après 2 gr. 1/2 (0 gr. 1617).

5° LANDESBERG. (*A Cyclopœdia of Drug Pathogenesy* (1) Part. VI, p. 273). — Il rapporte l'observation suivante prise sur lui-même. Il s'administre, étant en bonne santé et dans une bonne disposition d'esprit, une injection sous-cutanée de 1/2 grain (0 gr. 032) de muriate de cocaïne de Merck, et répète la même dose cinq minutes après, aucun symptôme n'étant survenu dans l'intervalle. Environ cinq minutes après cette dernière injection, il sent un léger vertige, une sensation de picotements à la racine des doigts et une légère pression à l'épigastre ; tous ces symptômes disparaissent en dix minutes. Il est capable de continuer un travail littéraire qu'il a commencé, mais avec quelques efforts. Il est en proie à une légère somnolence et ses membres deviennent lourds. L'action du cœur est un peu retardée. La face est pâle, la sensibilité de la cornée normale, la membrane muqueuse du globe de l'œil paraît

(1) Les 6 premières expérimentations sont traduites du même ouvrage.

légèrement réduite. Les pupilles sont régulières. Le retour à l'état normal a lieu après une demi heure de repos, pendant lequel il avait eu le plein contrôle de ses facultés mentales.

Après quatre jours, l'expérience fut répétée, en injectant en une fois 2 grains (0 gr, 129). A peine deux minutes après cette injection, sensation de battements de cœur et flux de sang à la tête, suivi promptement d'une sensation de plénitude, de bourdonnements et de bruits dans les oreilles. Il y avait confusion de la pensée et affaiblissement de la faculté de la volonté. Une sensation d'un grand malaise envahit tout le corps, avec légers mouvements de tiraillement dans les orteils et les doigts, s'accompagnant d'eugourdissements. Sensation bien marquée de nausées et de pression à l'épigastre. L'acmé du paroxysme dura pendant plus de cinq minutes, après quoi la figure était très pâle et couverte de sueurs froides. Le globe des yeux était quelque peu enfoncé dans l'orbite ; les pupilles dilatées, mais réagissant normalement et ayant conservé leur pouvoir d'accommodation ; les objets apparaissent un peu plus obscurs, mais de proportions normales. La rétraction et la coordination des muscles n'étaient pas changées. La sensibilité de la cornée et de la conjonctive était très diminuée. Le pouls était faible, la tension artérielle et l'action du cœur un peu diminuée. Il se sent fatigué et harassé, incapable de concentrer ses pensées, et de combattre la somnolence grandissante. Une demi-heure après l'injection il se couche, souffrant de nausées, d'une prostration générale et d'une migraine légère. Sommeil profond pendant toute la nuit ; après lequel il se trouve bien.

6° Jessop (*Trans. of Ophthalmological Soc.* VI, 123). —

Dans le but de rechercher s'il y avait quelque ressemblance entre l'état des yeux, sous l'influence de la cocaïne et l'état qui est noté dans la maladie de Graves, j'ai fait plusieurs observations. Dans un mémoire lu en janvier 1885 à la Ophthalmological Society, j'ai appelé l'attention sur ce fait que la cocaïne produit l'élargissement de la fente palpébrale en agissant sur les deux paupières, l'inférieure et la supérieure. Ensuite dans le *Centralblatt für Med. Wissenschafft* de mars 1885, je rapportai le fait de la protrusion distincte survenant souvent par l'usage de la cocaïne, particulièrement lorsque l'œil était profondément enfoui sous son influence. J'ai noté ce fait premièrement chez les lapins. Le regard fixe de l'œil dans la maladie de Graves et l'augmentation de l'éclat de la sclérotique, se retrouvent bien dans l'œil cocaïné. L'absence des clignements involontaires des paupières est notée aussi bien dans la maladie de Graves que dans l'œil cocaïné. Si l'on prend soin que la drogue ne touche que la paupière inférieure, le symptôme de Graefe est souvent bien marqué, les paupières étant ballottantes lorsqu'il regarde en bas ; quelquefois la différence apparaît dans un sixième cas.

7° Koller (trad. in *Progrès médical*, 1884). — Quand on instille dans le cul-de-sac conjonctival quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 2 p. 100, sensation de brûlure avec sécrétion plus abondante de larmes ; au bout de trente secondes environ, sécheresse de la cornée et de la conjonctive. Anesthésie et analgésie complète de ces deux membranes. Fixité de l'œil avec élargissement de la fente palpébrale. L'anesthésie et l'analgésie durent de sept à vingt minutes. Entre cette phase d'anesthésie complète

et le moment du retour à l'état normal, on note une phase intermédiaire, durant laquelle la sensibilité de la cornée et de la conjonctive est simplement amoindrie; environ quinze à vingt minutes après l'instillation, la pupille commence à se dilater. Cette mydriase atteint son apogée au bout de la première heure, elle diminue ensuite et il n'en reste plus de trace au bout de la troisième heure. Enfin, la pupille continue à réagir contre les impressions lumineuses. Cette mydriase s'accompagne d'une légère parésie de l'accommodation.

Lorsque l'action anesthésiante d'une première instillation de cocaïne s'est dissipée, une seconde instillation, puis une troisième produiront une anesthésie plus prolongée, dont la durée peut atteindre quinze à vingt minutes. M. Koller pense que, par des instillations successives, on pourrait arriver à une anesthésie de l'œil allant jusqu'à la rétine.

8° Freund (*Cent. f. Klin. Méd.* 1er nov. 1884). — L'auteur a pris 5 centigrammes par la voie stomachale; il en a ressenti des effets stimulants : suractivité des fonctions physiques et intellectuelles.

9° Trousseau (*Union médicale*, novembre 1884). — L'auteur a constaté les effets anesthésiques annoncés par Koller, mais il n'a pas vu la fixité du regard ni l'ouverture de la fente palpébrale, décrites par cet auteur. La teinte de la conjonctive n'a pas été changée.

La mydriase lui a paru plus rapide chez les enfants que chez les adultes et surtout que chez les vieillards, plus rapide aussi dans les yeux enflammés.

On n'observe, au moment de cette dilatation, aucune modification dans le calibre des vaisseaux rétiniens.

10° Fraenkel (*Cent. f. Gynæcol.* 1884). — Des badigeonnages répétés de la muqueuse vulvo-vaginale et de la portion vaginale du col avec des solutions à 2 et à 5 p. 100 n'ont jamais produit une anesthésie complète des parties touchées, et le résultat a été tout aussi négatif à la suite de l'introduction, dans le vagin, de petits tampons d'ouate trempés dans une solution à 5 p. 100 et laissé pendant cinq, dix et quinze minutes.

En se servant de solutions plus concentrées et contenant de l'esprit-de-vin (chlor. de cocaïne 1 partie, eau distillée 3 parties, et esprit-de-vin rectifié 2 parties), M. Fraenkel a eu des résultats. Des badigeonnages énergiques étaient faits toutes les deux ou trois minutes sur la muqueuse préalablement détergée et desséchée ; dans la cavité utérine elle-même, il a laissé pendant quinze minutes de petits tampons imbibés de la solution, après lavage et séchage de la cavité. Ces recherches faites chez des femmes très impressionnables, au moyen de scarifications ou de cautérisations dans les régions les plus sensibles (pourtour de l'orifice externe de l'urèthre, portion inférieure de ce conduit, commissure antérieure, entre le clitoris et le méat, commissure postérieure) ont montré une grande diminution de la sensibilité à la douleur.

11° Bert (*Bull. Soc. de biologie*, janv. 1885). — L'auteur a étudié l'action de la cocaïne sur la peau débarrassée de sa couche cornée. Il a injecté une solution de cocaïne dans la sérosité d'une cloque de vésicatoire, badigeonné avec cette solution la peau dénudée par excision de la cloque et recouvert la surface mise à nu avec de la charpie imbibée de la solution de cocaïne. Dans les trois cas, il a obtenu une analgésie très marquée au bout de cinq mi-

nutes, mais qui disparaissait en général au bout de dix à douze minutes. La perte de la sensibilité était absolument limitée aux points qui avaient été en contact avec la cocaïne.

12° KNAPP (*New-York Méd. Record*, oct. 1884). — Les expériences sur les yeux ne présentent rien qui ne soit connu.

Dans la *bouche*, le voile du palais et la langue ont été badigeonnés avec une solution à 4 p. 100. L'insensibilité était absolue au toucher; on pouvait déprimer la langue. Une pincée de sucre, de sel, de quinine, ne donnaient pas les sensations sapides habituelles.

Sur le *nez*. La muqueuse devient insensible au toucher. Pour constater l'effet sur le sens olfactif, Knapp se fit pulvériser une solution de cocaïne, dans le haut des fosses nasales, la tête étant bien renversée. Il fallut répéter trois fois la pulvérisation pour annihiler l'olfaction. L'odeur de rose, d'héliotrope, de la teinture d'iode ne donnait aucune sensation.

Sur le *larynx* et la *trachée*. L'auteur souffrait d'une bronchite au moment de ces recherches. Il badigeonna le larynx et fit une inhalation avec la solution de cocaïne. Pas de toux, mais une heure plus tard, expectoration abondante, muco-purulente.

Sur l'*urèthre*. Injection, dans l'urèthre, d'une solution à 4 p. 100, gardée quelques minutes. Au bout de dix minutes le gland était pâle, insensible au toucher; nouvelle injection. L'introduction d'un cathéter n'est perçue que lorsque l'instrument est engagé de trois pouces. La solution n'avait vraisemblablement pas pénétré plus avant.

Sur le *rectum*. Atténuation de la sensibilité.

13° Da Costa (*Med. News*, 13 déc. 1885). — Etude de la cocaïne, introduite par voie hypodermique. Les expériences furent faites sur des sujets en bonne santé ou malades; on commence par des doses de 1 à 2 minimes (5 à 10 centigr.) d'une solution de 4 p. 100, qui ne produisaient aucun phénomène d'insensibilité, ni de modifications du pouls. La dose la plus faible, nécessaire pour constater quelques effets est d'un tiers de grain de chlorhydrate de cocaïne (environ 0 gr. 02).

Au point de vue des effets locaux, on doit établir une différence suivant que l'injection est faite superficiellement ou profondément. La première, seule, détermine l'anesthésie locale. Ni les unes ni les autres n'occasionnent d'inflammation consécutive.

Comme effets généraux, la plupart des sujets parlent d'une sensation de chaleur partant du point de la piqûre pour se répandre par tout le corps, en quelques minutes. En général, il y a une diminution de la sensibilité, mais peu marquée et transitoire.

La température s'élève d'un demi à un degré (Fah..), un degré et demi (environ 1/3 à 1 degré) et cette élévation se maintient quelques heures; elle commence à peine un quart d'heure après l'injection.

Les modifications de la circulation sont très marquées, le pouls devient plus plein, plus fort, ralenti, quelquefois accéléré. Le tracé sphygmographique montre un accroissement d'énergie des contractions cardiaques, une diminution de la tension artérielle.

Les pupilles se dilatent pour plusieurs heures. Les effets de la cocaïne sur les sécrétions n'ont pas été observés un assez grand nombre de fois pour en tirer des déduc-

tions précises; il semble y avoir une augmentation de la sécrétion urinaire, avec augmentation des phosphates.

14° Dujardin-Beaumetz (Soc. de thérap. *Gaz. hebd.* fév. 1885). — L'auteur a observé plusieurs fois des syncopes à la suite d'injections hypodermiques de chlorydrate de cocaïne. Ces accidents qui survenaient quand le sujet, auquel l'injection était faite, se trouvait dans la station verticale, ont toujours été passagers. Les phénomènes ont été les mêmes avec 2 et 10 centigrammes. Rien de pareil n'est observé quand le malade est couché.

15° Sprimont (*Medic. Obosrénié*, n° 20, 1884). — Le chlorydrate de cocaïne à la dose de 0,015 par jour par l'estomac, et même en injections hypodermiques, a un effet purgatif.

Une injection hypodermique de 3 centigrammes dans la moitié supérieure de l'avant-bras sur la ligne du trajet de l'artère cubitale produisit les phénomènes suivants : Après quinze minutes, diminution de la sensibilité algésique et thermique le long du bord cubital de l'avant-bras et de la main (surtout de la paume) avec abaissement de la température de 0,6 centigrades. Le pouls devient plus plein après les injections de cocaïne.

16° Hall (*New York Med. Journal*, déc. 1884). — Les expériences répétées semblent démontrer qu'une injection sous-cutanée de cocaïne (solution à 4 p. 100) faite au voisinage d'un nerf détermine une analgésie complète dans toute la zone d'innervation sensitive de ce même nerf; c'est au moins observé pour le cubital et le musculo-cutané. De même, une injection interstitielle pratiquée à travers la muqueuse buccale, près du trou sous

orbitaire, analgésie la moitié correspondante, peau et muqueuse, de la lèvre supérieure, de la gencive supérieure et les dents jusqu'à la première molaire. Une injection faite au niveau du nerf dentaire inférieur, à son entrée dans le canal osseux, analgésie la moitié correspondante de la langue jusqu'à l'épiglotte, du voile du palais, des gencives et des dents correspondantes. Les opérations les plus douloureuses pratiquées en ces différents points ne provoquent aucune souffrance.

Quand la dose de cocaïne est un peu forte (32 minimes) on observe des symptômes d'intoxication : vertiges, nausées intenses, sueurs froides, dilatation des pupilles ; le tout disparaissant en même temps que l'analgésie, au bout d'une vingtaine de minutes.

17° Caudwell. (*Brit. med. Journal*, janv. 1885). — L'auteur montre que la cocaïne qui, à petites doses (0 gr. 05), est sédative et provoque le sommeil, devient, à plus forte dose (0 gr. 12) un excitant du cerveau, amenant l'insomnie, le délire et des vertiges. L'auteur a fait des expériences sur lui-même. En même temps qu'une céphalalgie sus-orbitaire, il a éprouvé une sensation de défaut d'équilibre. La mydriase est alors constamment la règle.

18° da Costa et Penrose. (*Med. News*, juin 1886). — Chez 20 malades auxquels on donnait de la cocaïne pour différents motifs, les auteurs ont observé une augmentation notable de la diurèse. Voulant s'assurer de la réalité de cette action, ils ont choisi 11 sujets en bonne santé qui ont pris par l'estomac un grain à un grain et demi par jour (environ 0 gr.064 à 0 gr.092). Chez 3, l'effet a été très peu marqué ; chez les autres la quantité d'urine

émise dans les vingt-quatre heures a augmenté d'un quart, de moitié, a été même doublée quelquefois, sans diminution bien marquée de son poids spécifique.

19° Boyer. (*Americ. Journal of. Med. Sc.* juil. 1885). — La cocaïne a des effets extrêmement rapides et uniformes sur le cœur.

A petites doses, elle a une action stimulante; à doses moyennes, elle a une influence inhibitrice sur la contraction ventriculaire; à hautes doses, elle produit l'arrêt en diastole.

A petites ou hautes doses, la cocaïne amène une contraction des vaisseaux sanguins tout à fait indépendante du système nerveux central.

L'accroissement de la pression sanguine, résultant de l'administration de cette substance, est due à une action directe sur le cœur et les vaisseaux.

20° Bunge. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* sept. 1885). — Après application de la cocaïne pour une opération de cataracte, il a observé au centre de la cornée une surface circulaire de 4 millimètres privée de son épithélium. En vingt-quatre heures, tout revint en ordre et l'opération fut faite au chloroforme.

Dans un autre cas, la cocaïnisation s'accompagna de dénudation épithéliale et d'une légère irritation conjonctivale, qui avait disparu le lendemain.

Outre ce dépoli de la cornée, l'auteur a observé dans 6 cas un trouble interstitiel de la cornée, et dans un cas une kératite vésiculeuse qui mit environ six semaines à évoluer; elle s'accompagnait d'hypotonie de l'œil, mais

sans douleur ni sécrétion conjonctivale ou lacrymale exagérées. Six mois environ après l'accident, le trouble cornéen parenchymateux ne montrait encore aucune tendance à disparaître dans un cas et le malade ne voyait guère plus qu'avec sa cataracte; pour les autres cas, le pronostic paraît moins sévère, et l'on peut espérer voir disparaître l'opacité cornéenne.

21° Hense. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* sept. 1885). — L'auteur a observé des accidents généraux et des locaux.

Comme accidents généraux, on peut voir survenir à la suite de l'instillation de quelques gouttes de cocaïne dans l'œil, du malaise, des vomissements, de l'agitation, du délire, de la fatigue, tout cela persistant pendant quatre à cinq jours.

Comme accident local, l'auteur a observé une panophtalmie après une excision de l'iris à travers une ulcération de la cornée, excision faite au moyen d'instillation de cocaïne (?).

22° Pflueger (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, mai 1886). — Il a observé plusieurs cas d'opacités de la cornée à la suite d'instillation de cocaïne pendant l'opération de la cataracte. Il y a deux formes de ces opacités de la cornée : l'une part du bord de la plaie, parcourt toute la cornée, et disparaît après une ou deux semaines sans laisser de traces; elle est due sans doute à une combinaison de la cocaïne avec la lymphe. La seconde est liée à une longue hypotonie et à une anesthésie de la cornée; il apparaît de petites vésicules et l'éclaircissement de la membrane n'est jamais parfait.

23° Bignon, de Lima (*Bull. de thérap.*, août 1886). — De la série d'expériences entreprises sur les chiens et sur l'homme, il résulte :

1° Que la cocaïne ne produit que des effets physiologiques passagers, à la dose de 30 à 50 centigrammes par voie stomacale, à la condition de l'absorber par doses fractionnées (5 centigr. dans un cachet chaque heure);

2° Qu'elle agit principalement sur la sécrétion rénale, en la ralentissant, empêchant en partie l'élimination des produits d'oxydation, et produisant alors les premiers symptômes d'une légère urémie ;

3° A dose massive, plus élevée, elle produit l'anurie et par suite des accidents urémiques graves (attaques nerveuses convulsives, etc.) ;

4° Cette action paralysante de la cocaïne sur les reins disparaît généralement deux ou trois heures après l'absorption de l'alcaloïde. Elle est suivie d'une *diurèse* qui est d'autant plus active que l'action a été plus prolongée ;

5° La cocaïne n'est toxique que d'une manière indirecte; quand la dose est assez élevée pour prolonger l'anurie, jusqu'à accumulation des produits toxiques de l'urine, en quantité suffisante pour amener la mort, celle-ci a lieu toujours en présentant les symptômes de l'empoisonnement urémique ;

6° Si la diurèse fait disparaître rapidement les phénomènes toxiques, l'action générale stimulante n'en continue pas moins longtemps après ; elle dure vingt-quatre heures à peu près (à la dose de 50 centigrammes dans la journée) ; pendant tout ce temps, les phénomènes d'oxydation continuent à dépasser la moyenne normale ; la dénutrition en un mot continue.

24° Maerkel (*Berlin. klin. Woch.*, mars 1886). — Pour lui, les injections de cocaïne sont suivies d'une insomnie rebelle durant jusqu'à six heures. Il résulte de ses expériences que la cocaïne prise soit en injection, soit par l'estomac, provoque une salivation franche, analogue à celle que détermine un morceau de fer poli qu'on tient dans la bouche. En outre, malgré toutes les précautions antiseptiques, les ganglions lymphatiques voisins du lieu d'injection ne tardent pas à se tuméfier. Maerkel a même vu chez un homme les mamelons devenir durs, gros et douloureux à la pression et cela davantage du côté du corps qui avait reçu le plus de cocaïne.

L'exagération de l'activité glandulaire est suivie d'un apport plus considérable de matériaux nourriciers au système nerveux dont l'énergie se trouve ainsi stimulée par la cocaïne. C'est ainsi, par exemple, que l'appétit s'est accru sans la sensation douloureuse de la faim, que les mouvements musculaires devinrent plus énergiques sans le sentiment de fatigue et le travail intellectuel plus considérable sans besoin de sommeil. L'afflux d'un excédant de matériaux nourriciers empêche l'épuisement du système nerveux et maintient l'équilibre des forces. Mais, à la longue de l'usage habituel de la cocaïne, le système glandulaire doit souffrir de la rapide consommation des matériaux servant à l'élaboration de la lymphe, ainsi s'expliquerait la phthisie si commune parmi les habitants de l'Amérique centrale.

25° Hammond (*New-York Med. Journ.*, XLIV, 637). — Je commençais par une injection d'un grain (0 gr. 064) le soir. Le résultat était agréable. Je me sentais gai, plus gai qu'auparavant. Je ne dormis pas avant 4 heures du

matin et j'eus un violent mal de tête. La gaieté était analogue à celle que donnent deux ou trois verres de champagne. Le lendemain matin, je pris 2 grains (0 gr. 128) avec le même résultat et, en outre, une disposition inaccoutumée à écrire. J'écrivis 8 à 10 grandes pages et la pensée était incomparablement bonne, ce que j'avais écrit de mieux, en fait. Mais lorsque je relus le lendemain matin, bien que chaque phrase fut complète, les idées étaient incohérentes. La troisième nuit, je pris 3 grains (0 gr. 196). Mon énergie était portée alors à parler ; je me fis des discours à moi-même ; néanmoins, je pus m'arrêter, j'avais un mal de tête comme si la tête se fendait. Après quatre à cinq jours, j'injectais 6 grains (0 gr. 392), 3 grains dans chaque bras. J'étais bouleversé, je ne perdis pas les notions des choses, je ne pus dormir. Trois soirs après, j'injectais 8 grains (0 gr. 512) avec le même résultat. La nuit suivante, je fis 18 grains (1 gr. 192) en 6 injections. Je ne suis pas sûr d'avoir conscience de ce que je fis ensuite ; j'étais d'une gaieté très intense. Je gagnais cependant mon lit. Quand je me levais, les objets étaient généralement mélangés ; je n'avais pas arrangé mes papiers, etc., suivant mon habitude ; je présume, d'après l'apparence, que j'avais eu tout un moment de gaieté. J'eus du mal de tête ; le cœur me battait tellement que je pouvais le sentir et l'entendre quand j'étais couché sur mon bras. Mais je n'avais eu aucun des terribles effets attribués à la cocaïne ; aucune disposition à la violence. Je n'en pris pas l'habitude et la laissai facilement.

26° Crothers (*Philad. Med. Journ.*, mai 1898). — Généralement les cocaïnomanes ont pris auparavant de l'alcool et de l'opium. C'est pour combattre des affections

de la gorge, ou la dépression qui suit l'ingestion des alcools, que le malade devient cocaïnomane.

Les malades sont pris de délire violent avec hallucinations simulant le delirium tremens. Quelquefois le délire est moins furieux, il est gai.

L'ébriété cocaïnique est précédée d'idées gaies, sans maux de tête ni nausées ; il y a une acuité intellectuelle plus vive, puis vient le délire avec des sueurs profuses, de la dyspnée, des convulsions toniques et cloniques, et une grande faiblesse.

Les alcooliques, les morphinomanes peuvent supporter de fortes doses de cocaïne sans inconvénient. Rarement on voit survenir une anémie cérébrale dangereuse.

Le pronostic doit être réservé.

Le traitement consiste dans l'isolement; on devra supprimer brusquement l'usage de la cocaïne, et activer les fonctions de la peau, des reins et de l'intestin. L'arsenic paraît indiqué; la noix vomique également. On recommandera l'exercice, le massage et des bains. On surveillera le malade pendant six à huit semaines.

27° Bier (*Deuts. Zeitsch. f. chir.* et *Semaine médicale*, mai 1899). — Partant de l'idée que l'injection d'une petite dose de cocaïne dans le canal rachidien, pratiquée aseptiquement, tout en étant dépourvue de danger, doit avoir pour effet — par suite de la suppression temporaire des fonctions des cellules ganglionnaires des racines nerveuses et des nerfs privés de leurs gaines qui se trouvent dans cette cavité — d'insensibiliser les régions tributaires de ces appareils nerveux, M. Bier s'est cru autorisé à injecter du chlorhydrate de cocaïne dans le canal rachidien de 6 malades atteints de lésions chirurgicales diverses et dont l'âge variait entre 11 et 34 ans, et il a pu, après cette injec-

tion, effectuer sur les membres inférieurs sans la moindre douleur des résections osseuses, ainsi que l'évidement des foyers ostéotuberculeux ou ostéomyélitiques.

Pour cela, il procédait de la façon suivante. Au moyen d'injections intradermiques de cocaïne, on insensibilisait d'abord les parties molles au niveau des lombes et on pratiquait ensuite une ponction lombaire d'après la méthode de Quincke, à l'aide d'une canule très fine. Cette canule une fois engagée dans la cavité rachidienne, on enlevait l'obturateur, on bouchait immédiatement l'orifice de l'instrument avec le doigt afin d'empêcher autant que possible l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, puis au moyen d'une seringue de Pravaz, s'adaptant exactement à la canule, on injectait à travers cette dernière de 0.5 à 3 c. c. d'une solution de chlorhydrate de cocaïne, dont le titre variait de 0.5 à 1 p. 100, introduisant ainsi de 0 gr. 005 à 0 gr. 015 milligr. du médicament analgésique dans le canal rachidien. Tenant compte de la quantité de liquide qui devait rester dans la canule, on avait soin d'injecter chaque fois, en plus de la dose qu'on voulait employer, la valeur d'une division ou d'une division et demie de la seringue. Après avoir attendu pendant deux minutes environ, on enlevait la canule et on obturait l'orifice de ponction avec du collodion.

Cinq à huit minutes après l'injection, on voyait se produire une analgésie complète au niveau des membres inférieurs, laquelle gagnait peu à peu le tronc. Dans 3 cas, elle s'étendit jusqu'au mamelon, et chez un garçon âgé de 11 ans, ayant reçu une injection de 0 gr. 005 milligr. de cocaïne, l'analgésie a même envahi tout le corps, sauf la tête. L'insensibilité complète à la douleur a duré quarante-cinq minutes environ, puis elle s'est dissipée peu à

peu. Le tact et les sensations thermiques étaient conservés ; cependant, le contact de corps très chauds ne provoquait pas de douleurs. La sensibilité tactile n'a été nettement affaiblie que chez un patient, âgé de 17 ans, auquel on avait injecté dans le canal rachidien la dose relativement élevée de 0 gr. 01 centigr. de chlorhydrate de cocaïne.

Les sujets en expérience n'ont présenté aucun symptôme inquiétant immédiatement après l'injection : toutefois, dans la suite, on a noté chez trois d'entre eux des vomissements et une céphalalgie intense qui a persisté plusieurs jours. Ces phénomènes tardifs seraient dus, d'après M. Bier, non pas à l'action toxique de la cocaïne elle-même, mais à des troubles de la circulation provoqués par l'injection d'une substance hétérogène dans le canal rachidien. Chez un malade seulement l'injection cocaïnique a provoqué une légère excitation.

Le professeur de Kiel n'a pas craint d'expérimenter aussi sur lui-même et sur son assistant, M. le Dr Hildebrandt, la cocaïnisation de la moelle. L'expérience sur M. Bier n'a pas réussi, l'aiguille de la seringue de Pravaz n'ayant pas été parfaitement adaptée à la canule de l'appareil de ponction. Notre confrère perdit même au cours de cette petite opération beaucoup de liquide céphalo-rachidien, accident qui eut pour effet d'amener des vertiges se reproduisant constamment dans la position verticale du corps et qui ne se dissipèrent qu'après un séjour au lit durant neuf jours. Quant à M. Hildebrandt, il a présenté après une injection intra-rachidienne de 0 gr. 005 milligr. de chlorhydrate de cocaïne les mêmes phénomènes que les malades dont il a été fait mention.

(*A suivre.*) Dr Marc Jousset.

CLINIQUE MÉDICALE

LES BAINS FROIDS DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

Messieurs, je suis heureux de saisir cette occasion de répondre à mon confrère le Dr Cartier (1). Entre les lignes de la réplique qu'il a publiée dans le journal de la Société, à propos des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde, j'ai cru lire un certain mécontentement de sa part. Je veux lui exposer tous mes regrets si quelques expressions qui lui ont semblé blessantes ont échappé à ma plume. Je déclare donc que mon intention a été de mettre complètement à part sa personnalité et que je n'ai jamais cessé de le considérer comme un bon et savant confrère. Quant à la question du traitement des maladies infectieuses par les bains froids, il n'est point le père de cette médication et je puis donc la critiquer en toute liberté.

Je veux faire encore une autre distinction avant d'entrer dans le cœur du sujet : il y a bains froids et bains froids. Il y a des bains froids ou plutôt des affusions froides comme les pratiquaient Curie et Récamier, et il y a les bains froids systématisés comme les a préconisés Brandt. Les premiers constituent une médication héroïque réservée à quelques cas déterminés ; les autres constituent un vrai système n'ayant qu'une seule indication, la haute thermalité.

Eh ! bien, ce système qui consiste à donner toutes les

(1) Séance d'octobre de la Société Française d'homœopathie.

deux ou trois heures un bain froid aux malades en état d'hyperthermie, ou un bain chaud quand c'est l'hypothermie qui domine comme dans le choléra, ce système, j'ai dit qu'il s'inspirait de la loi des contraires, et nul ne me contredira. Traiter le froid par le chaud et le chaud par le froid, c'est à coup sûr appliquer la loi *contraria contrariis curantur*.

J'ajoute que cette médication est purement palliative ; elle s'adresse à un symptôme et non à la maladie dont elle n'abrège jamais la durée.

Il faut ajouter que, d'après M. Hayem, elle donne dans la fièvre typhoïde une mortalité de 18 à 20 p. 100, ce qui n'est pas brillant.

Me sera-t-il permis d'ajouter, Messieurs, que seuls nous avons une doctrine thérapeutique, que par conséquent nous avons une étroite obligation d'être exacts et rigoureux dans nos actes et dans nos expressions ; que les médecins à la dérive, sans boussole et sans guide dans le monde thérapeutique qui nous environne, croient faire de la médication curative quand ils ne font que de la médication palliative, on peut le leur pardonner ; mais les élèves de Hahnemann doivent savoir ce qu'ils font.

Me serait-il permis de rappeler en quelques mots les grandes lignes de la doctrine thérapeutique. Elle repose, vous le savez, sur deux principes : le premier, c'est que c'est l'organisme lui-même qui fait sa maladie, et le second, c'est que c'est encore l'organisme qui se guérit lui-même.

C'est l'organisme qui fait sa maladie, et les microbes ?

Les microbes, cette vérité est aujourd'hui démontrée, sont les instruments à l'aide desquels l'organisme fait sa maladie quand il lui plaît et comme il lui plaît.

Quand il lui plaît? L'immunité naturelle montre que les microbes sont incapables de faire une maladie par eux-mêmes. Voyez une agglomération de population en proie à la fièvre typhoïde ou au choléra. Tous boivent la même eau, tous respirent le même air. Pourquoi le bacille virgule ou le bacille d'Eberth restent-ils stériles chez la plupart des habitants? Parce que chez eux l'organisme n'est disposé ni à faire une fièvre typhoïde ni à faire un choléra.

Et chez ceux qui sont atteints, pourquoi tant de formes diverses avec le même virus? C'est que, quand bien même l'organisme fait sa maladie, *il la fait à sa manière.*

La conclusion qui ressort immédiatement de ce principe, c'est que les causes externes, microbiennes ou autres, ne sont que des circonstances nécessaires ou favorisantes de la production de la maladie, que, par conséquent, la thérapeutique qui a la prétention de détruire la cause de la maladie, *contraria contrariis curantur*, est absurde et frappe dans le vide.

Le second principe est celui-ci, c'est l'organisme qui se guérit lui-même, *natura medicatrix*. La vérité de ce principe est démontrée par deux faits cliniques : le premier, c'est qu'il est d'observation courante qu'un grand nombre de cas des maladies les plus graves guérissent sans traitement ; le second, c'est qu'il n'existe aucune médication capable de juguler une maladie. Malgré les bains froids dans la fièvre typhoïde et le salicylate dans le rhumatisme, la fièvre typhoïde et le rhumatisme parcourent toute leur période. Il ne faut pas m'objecter l'action du sulfate de quinine dans la fièvre intermittente; j'ai vécu trop longtemps dans les pays infectés d'impaludisme pour ignorer que le sulfate de quinine peut bien couper

les accès, mais il ne guérit pas, au moins, dans la forme commune.

Que conclurons-nous de ce second principe? C'est que toutes les médications antidotères et prétendues jugulantes inspirées par le galénisme ne sont qu'illusion. Le rôle du médecin, tout en étant encore fort utile, est beaucoup plus modeste. La maladie constituant un état déterminé ayant son évolution et sa durée propres, le médecin doit la suivre pas à pas, aider à la guérison et empêcher les complications.

Quand il aura à lutter contre un symptôme redoutable, il pourra faire de la médication palliative et s'inspirer de la loi des contraires, puisque l'étude de la matière médicale nous apprend que les médicaments produisent des effets contraires à certains symptômes déterminés. S'il veut, je ne dis pas guérir, mais aider à la guérison, il s'inspirera de la loi des semblables, puisque les médicaments produisent chez l'homme sain des états analogues à la maladie.

En terminant, quelle sera ma conclusion sur les bains froids. C'est qu'employés d'après la méthode de Brandt, ils se bornent, quand ils sont supportés, à produire une amélioration apparente et qu'ils peuvent produire des accidents mortels, soit par collapsus, soit par hémorrhagie intestinale, soit par broncho-pneumonie. Que dans les cas où la vie des malades est menacée à bref délai, par la prostration, la haute thermalité et le subdélirium, j'administrerai volontiers les affusions d'eau froide par la méthode de Récamier, mais je n'emploierai ces affusions que comme une méthode accidentelle et passagère.

D[r] P. JOUSSET.

De l'ostéite dans la fièvre typhoïde.

Dans le second volume de mes leçons cliniques publiées en 1885, je rapporte l'histoire d'une ostéite subaiguë du fémur survenue au seizième jour de la convalescence d'une fièvre typhoïde de forme commune. Cette affection s'accompagna les premiers jours d'un mouvement fébrile prononcé et d'une douleur très violente. Pendant les trois premiers jours, on ne put constater aucune déformation de l'os ; mais le cinquième jour, il était facile de sentir, au niveau du tiers inférieur du fémur, un gonflement très dur donnant la sensation de l'os, ayant une étendue d'environ 20 centimètres et formant une sorte de manchon autour du fémur. La pression était très douloureuse à ce niveau. Argentum metallicum, 3e trit. fut le médicament principal employé. Au bout de trois jours la douleur et la fièvre avaient complétement disparu. Le gonflement lui-même diminua considérablement, mais comme il ne disparaissait pas complètement après trois semaines de l'usage d'Argentum, je prescrivis Iodium qui acheva la guérison.

C'est la seule observation que je possède sur cette affection, seulement j'ai le souvenir très net d'un certain nombre de cas analogues ; ils ont tous eu pour caractères de survenir pendant les premières semaines de la convalescence de la fièvre typhoïde et de se terminer par la guérison. Argentum a toujours été mon médicament principal. Dans les cas où cette ostéite se termine par suppuration, j'ignore si on arriverait à la guérison en l'absence de l'intervention chirurgicale.

M. Achard vient de publier dans la *Semaine médicale* (n° 44), une note sur les manifestations osseuses des

fièvres typhoïdes. Il fait de cette affection une ostéo-myélite à bacilles d'Eberth et il a observé bien plus fréquemment que moi la terminaison par suppuration. Le bacille d'Eberth a presque toujours été trouvé, soit dans le pus, soit dans le liquide sanguinolent de l'exostose ou dans la moelle osseuse. Dans les cas où le bacille d'Éberth manque, on ne trouve dans le pus aucun autre bacille; c'est du pus stérile. Et ce fait explique à M. Achard comment la guérison des ostéites typhoïdes, même suppurées, est possible sans opération.

Je ne discuterai pas cette explication, pas plus que l'expression d'*ostéo-myélite* donnée à l'ostéite typhoïde, quoiqu'il y ait un abîme entre l'ostéo myélite véritable, celle des adolescents, et l'affection bénigne dont il est question en ce moment. Il faut encore retenir que l'ostéite typhoïde a bien souvent son siège principal dans le périoste, avec un retentissement bien faible sur la moelle osseuse.

M. Achard borne le traitement médical à quelques calmants et conseille l'intervention chirurgicale dans les cas où l'affection est subaiguë ou menace d'être de longue durée.

Dans notre école thérapeutique nous mettons l'intervention chirurgicale au dernier plan, parce que nous possédons des médicaments qui ont une action sur les affections osseuses : l'argent, le phosphore et l'or pendant la période subaiguë; plus tard l'iode et la silice, particulièrement quand il existe un abcès avec ou sans fistule.

Dr P. JOUSSET.

DU CALOMEL DANS LE TRAITEMENT DE LA CIRRHOSE

Depuis plusieurs années, on a rapporté, dans différentes Sociétés médicales, des observations de cirrhoses guéries par l'emploi des sels de mercure et même par le régime lacté seul. Le plus grand nombre de ces observations se rapporte à des cas de cirrhose hypertrophique. Cependant dans quelques-unes de ces observations, l'ascite, l'anasarque, permettent de supposer que, même dans les cas où les radicules de la veine-porte sont étranglées par la sclérose (ce qui constitue la cirrhose atrophique), la guérison est encore possible.

De l'ensemble de ces travaux, dont les uns appartiennent à notre école, dont les autres ont été communiqués à la Société des hôpitaux de Paris, il est résulté une atténuation considérable du pronostic des cirrhoses qu'on ne peut plus ranger aujourd'hui parmi les lésions incurables.

Il est difficile de décider quelle est l'école et encore moins quel est le médecin à qui appartient le mérite de cette nouvelle thérapeutique des cirrhoses. J'avoue n'avoir pas fait les recherches historiques nécessaires pour décider cette question, qui est du reste secondaire, mais il est bien probable que l'habitude des médecins anglais, d'user et d'abuser du calomel dans le traitement des affections du foie des pays chauds, a été le point de départ de la thérapeutique mercurielle dans les cirrhoses.

Cette pratique des médecins anglais reposait sur une explication absolument fausse de l'action du mercure dans le traitement des cirrhoses. Imbus des préjugés des doctrines humoristes, ils croyaient que le mercure n'agissait qu'à la condition de produire des évacuations. La

sialorrhée, les sueurs et surtout les évacuations alvines leur expliquaient le mécanisme de la guérison. On recherchait l'action évacuante du mercure dans la cirrhose, comme dans le siècle dernier on recherchait cette action évacuante, pour entraîner au dehors le poison syphilitique. C'était une double erreur, et comme aujourd'hui les syphilligraphes les plus autorisés cherchent à tout prix à éviter la salivation et la purgation, de même,dans le traitement de la cirrhose, s'efforce-t-on d'éviter l'action évacuante du calomel, soit en atténuant les doses suivant la pratique de notre école, soit en lui associant l'opium comme le font encore aujourd'hui les allopathes, triste résultat des préjugés qui hante encore l'intelligence de beaucoup de nos confrères.

Les sceptiques, et il y en aura toujours, disent que la cirrhose guérit surtout par le régime lacté et que les petites doses de calomel qu'en administre à ces malades n'ont aucune part à la guérison

Dans la clinique de l'hôpital Saint-Jacques que nous avons publiée au mois d'août de cette année, nous avons rapporté une observation de cirrhose hypertrophique récente chez une alcoolique guérie par le calomel, sans que le régime lacté eût été prescrit.

Désireux de faire entrer de plus en plus l'usage du calomel dans le traitement de la cirrhose, nous allons rapporter l'observation d'un malade traité sans régime lacté et qui, après une première rechute au bout d'un an, est resté absolument guéri pendant quatre ans.

M. D..., âgé de 51 ans, alcoolique, ayant la mauvaise habitude de prendre chaque matin à jeun une forte quantité de xérès, se présenta à mon cabinet le 11 juin 1894. Cet homme, dont le faciès était pâle et cachectique, souf-

frait depuis des années d'une dyspepsie avec digestion lente et laborieuse, avec des hémorrhoïdes très douloureuses. Le foie, très sensible à la pression, débordait les fausses côtes et atteignait au voisinage de l'ombilic. Je lui prescrivis d'abord Nux vomica 12e, une dose une heure avant les deux principaux repas, Graphite 12e, une dose une heure après les mêmes repas. En même temps il dut faire usage, pour ses hémorrhoïdes, de la pommade suivante :

Pœonia 1re trit. décim. 4 grammes dans 20 grammes de vaseline. Cesser complètement l'usage du vin pur.

Le 19 juin, la dyspepsie était améliorée, les hémorrhoïdes n'étaient plus douloureuses, le foie était à peu près dans le même état. Je lui prescrivis Calomelas 1re trit. 50 centigrammes dans 200 grammes d'eau, 2 cuillerées par jour.

Cette potion fut continuée pendant quinze jours, et quand le malade revint chez moi, le foie était revenu à ses dimensions naturelles ; seulement il était encore douloureux, et le calomel fut continué encore quelques semaines.

Une année après, au mois de juillet, je revis ce malade. Depuis quelques semaines il avait repris l habitude de boire du xérès le matin à jeun. La dyspepsie et la douleur du foie étaient revenues, sans toutefois que cet organe eût augmenté de volume. La noix vomique pendant huit jours, puis le calomel à la 1re trit. firent disparaître ce commencement de rechute, et quand je revis le malade à l'occasion d'un de ses parents, quatre ans après, il ne présentait aucune trace de sa maladie.

Dans le traitement de la cirrhose, nous prescrivons habituellement le calomel à la dose de 5 à 10 centigrammes de la première trituration décimale par jour.

Nous avons recherché dans les auteurs, l'action du calomel sur le foie, et nous avons trouvé fort peu de renseignements précis. Dans la matière médicale de Hahnemann, nous avons trouvé de nombreux symptômes se rapportant à l'ictère et à l'ascite, mais rien de précis comme action du mercure sur le foie.

Les auteurs de toxicologie et de matière médicale notent presque tous l'hypertrophie et la congestion du foie dans les empoisonnements aigus, et sa dégénérescence graisseuse dans les cas où l'empoisonnement a été plus lent. On le voit, ces lésions n'ont rien de bien spécifique. Aussi nous venons d'instituer à l'hôpital Saint-Jacques des expérimentations sur l'action du calomel administré aux animaux.

Dr P. Jousset.

THÉRAPEUTIQUE

KALI IODATUM EN TRITURATION DANS LES FIBROMES DU VENTRE

Depuis quelques mois j'ai eu la chance de rencontrer plusieurs dames atteintes de fibromes de la matrice, de ses annexes ou d'autres viscères abdominaux.

Une d'entre elles présentait à la hauteur de la grande courbure de l'estomac une tumeur large, s'étendant aux deux côtés du ventre et paraissant plonger dans la cavité abdominale, difficilement délimitable, présentant de multiples adhérences et descendant évidemment jusqu'au petit bassin.

La patiente présentait un teint subictérique, grisâtre,

sale et une déchéance physiologique bien accentuée; elle manquait d'appétit et vomissait le plus souvent ses aliments.

Je crus d'abord, d'après certains indices, à une affection larvée de la syphilis acquise ou héréditaire, et me décidait à lui donner l'Iodure de potassium, mais à dose atténuée, le Kali Iodatum 3e trit. au 10e 0,15 trois fois par jour.

Ce médicament, qui n'avait pu être toléré antérieurement à dose forte, fut admirablement supporté sous cette forme atténuée.

Sous son influence, l'état général s'améliora rapidement, et l'on peut dire sans exagération que la tumeur se fondait rapidement, à tel point qu'après trois mois je pus non seulement la délimiter, mais passer la main, les doigts étendus sur la face postérieure et la saisir dans son épaissenr entre les doigts et le pouce. Elle présentait une forme très aplatie et dépendait évidemment de l'épiploon. A ma dernière exploration, elle ne présentait plus guère que 15 centimètres environ de haut sur 10 à 12 de large. Je n'ai plus aperçu la malade depuis environ trois semaines, mais on m'a dit qu'elle est à la campagne et que personne ne se douterait qu'elle ait été malade.

Une autre dame, d'une commune voisine de Bruxelles, présentait une tumeur de même nature, envahissant le petit bassin, avec des prolongements très accusés vers la cavité de celui-ci et des indurations probablement ganglionnaires. Le tout semblait rattaché à la matrice et ses annexes. Deux mois et demi à trois mois de ce traitement l'ont à peu près débarrassée.

Une jeune fille du Nord de la France, âgée de 20 ans environ, est soumise depuis trois mois à ce même traite-

ment. Elle présentait un développement considérable du ventre, occasionné par un fibrome de la matrice et un kyste ovarique volumineux. Ce même traitement, combiné avec l'usage de l'apis mellifica, a donné déjà une diminution considérable du fibrome et un affaissement marqué du kyste séreux probablement uniloculaire.

Je viens de soumettre à l'action de ces mêmes doses de Kali Iodatum 3e au 10e, une personne de 50 ans, habitant la banlieue de Bruxelles et traitée inutilement pendant des années pour des désordres gastriques. J'ai découvert l'existence d'un fibrome volumineux de la matrice occupant une forte partie de la cavité abdominale. J'aurai soin d'informer votre estimable journal des résultats de cette médication.

Il importe de bien remarquer que chez deux de ces malades l Iodure avait été essayé à forte dose, mais sans aucun bénéfice; au contraire, son effet le plus certain fut la perte de l'appétit et l'irritation de l'estomac, de la muqueuse buccale et de la gorge.

Après un certain temps de l'usage de la trituration d'Iodure, deux de ces femmes accusèrent des symptômes d'Iodisme et divers malaises et troubles évidemment attribuables à l'Iodure, attendu qu'il suffit de réduire les doses à deux au lieu de trois par jour pour les voir cesser promptement.

Il me paraît ressortir de ces observations et de bien d'autres que l'Iodure, comme beaucoup d'autres médicaments dans bien des affections qui semblent les réclamer, sans en excepter la syphilis, ne donnent pas leurs effets curatifs parce que, administrés à doses trop fortes, ils impriment aux divers organes uue secousse trop violente qui détourne la majeure partie de leur action cura-

tive au détriment de l'organe qui les réclame particulièment.

C'est là le grand et principal défaut, en dehors de leur défaut d'homœopathicité, des doses exagérées de l'allopathie et je dirai même des basses dilutions homœopathiques dans les affections d'une allure chronique. En effet, les organes malades étant d'une sensibilité aux actions médicamenteuses incomparablement plus grande que les organes sains, ceux-ci ne sont guère impressionnés par les dilutions élevées de nos médicaments homœopathiques et toute leur action curative se concentre sur les organes similairement malades, sans qu'aucune portion de leur activité soit distraite au bénéfice des autres. C'est là le secret des aggravations presque constantes des hautes dynamisations, témoignage de leur parfaite concordance homœopathique, c'est-à-dire de leur homœopathicité. J'aurai d'ailleurs l'occasion, à bref délai, de m'expliquer sur ce fait indéniable.

(*Journal belge d'homœopathie*).

Dr Gaudy.

ETIOLOGIE

CONTAGION MARITALE DE LA TUBERCULOSE.

C'est une opinion courante que la tuberculose est contagieuse, que, par conséquent, cette contagion est surtout redoutable dans le mariage. Il faudra encore longtemps démontrer la fausseté de cette opinion avant de rétablir la vérité sur ce point d'étiologie.

Cette contagion maritale est un fait tellement acquis dans l'esprit de beaucoup de médecins qu'il semble absolument inutile de le démontrer. On l'affirme et voilà tout.

Vous publiez 133 observations démontrant que la phtisie n'est pas transmissible entre conjoints. On ne publie aucune statistique qui puisse infirmer celle-là. A quoi bon ! le préjugé subsiste, alors on se contente d'affirmer la fréquence de la contagion maritale.

Nous trouvons dans l'*Indépendance médicale* du 25 octobre l'article suivant :

« LEMIÈRE.— *La contagion de la tuberculose dans la famille. Contagion maritale.* — L'auteur conclut que le danger de contagion maritale existe, *mais cette contagion n'est pas facile, elle ne se produit pas toujours.* Cependant comme elle est encore beaucoup trop fréquente, il convient pour l'éviter de prendre des précautions.

« Le mari tuberculeux fait courir de très grands dangers à sa compagne et à ses enfants. L'épouse tuberculeuse fait courir des dangers plus grands encore aux enfants

qu'elle met au monde. Le danger de contagion encouru par le mari est moindre, mais, par contre, la femme tuberculeuse trouve dans le mariage des conditions défavorables à sa guérison ou au moins à la prolongation de de son existence.

« La tuberculeuse ne doit pas se marier, car mariée elle ne doit pas être mère et mère elle ne doit pas nourrir ses enfants.

« Tout cela équivaut à une défense formelle du mariage, autant dans l'intérêt de la malade que dans l'intérêt de sa descendance ».

(*Journal des sciences médicales de Lille*, 14 octobre 1899).

L'auteur concède cependant que la contagion n'est pas facile. C'est un aveu. Du reste, je suis absolument de l'avis de M. Lemière. La tuberculeuse ne devrait pas se marier et le tuberculeux pas davantage. Non pas à cause du danger de contagion pour leur famille, mais à cause de l'hérédité possible de la maladie. Ce précepte est absolument applicable à la reproduction des animaux, mais il sera toujours inacceptable dans l'espèce humaine.

P. Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la tuberculose par l'usage interne de l'eau fluoroformée

On sait que les inhalations d'acide fluorhydrique ont été assez en vogue, pendant quelque temps, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et qu'elles semblent avoir donné des résultats comparables à ceux qu'on obtient par l'emploi de certaines autres substances utilisées également en inhalations, telles que fumée de bois, acide sulfureux, etc. Or, M. le Dr Stepp (de Nuremberg) a trouvé que chez les tuberculeux l'acide fluorhydrique peut être remplacé avec avantage par le fluoroforme, administré à l'intérieur en solution aqueuse.

Le fluoroforme est un corps gazeux, soluble dans l'eau en proportion de 2,8 0/0. Cette eau fluoroformée, qui est presque inodore et insipide (elle ne laisse dans l'arrière-gorge qu'une légère sensation de picotement ou de cuisson). peut être prescrite à l'intérieur, sans aucun inconvénient, jusqu'à la dose de 100 grammes dans les vingt quatre heures. La dose moyenne est de 4 ou 5 cuillerées (à café ou à bouche, suivant l'âge du malade) par jour.

C'est surtout dans les tuberculoses locales que M. Stepp a enregistré des résultats encourageants. C'est ainsi que chez un petit garçon, atteint depuis six ans d'une tumeur blanche du genou avec fistules multiples et écoulement abondant de pus, notre confrère a pu obtenir en deux mois une guérison complète, grâce à la médication fluoroformée.

Sous l'influence du même traitement, il a vu, chez un homme adulte, une arthrite tuberculeuse du genou désenfler en l'espace d'un mois, et, chez un autre malade, un ulcère tuberculeux de l'anus se cicatriser d'une manière rapide. Dans un cas de lupus rebelle de la face, l'ingestion prolongée d'eau fluoroformée, à la dose quotidienne de 100 grammes, amena finalement une congestion intense de la partie atteinte, avec douleurs, gonflement et élimination consécutive des foyers lupiques. La plaie résultant de ce processus ne tarda pas à se cicatriser.

Dans la tuberculose pulmonaire, les effets du médicament ont été moins marqués. Cependant, sur 14 phtisiques soumis au traitement, 5 seulement, tous porteurs de cavernes, n'en furent point influencés, tandis que les 9 autres, qui ne présentaient que des foyers d'induration pulmonaire, accusèrent une amélioration considérable.

(*Semaine médicale*, 6 août).

TRAITEMENT DU PSORIASIS, DE L'ECZÉMA ET DU PRURIT PAR DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE SÉRUM ARTIFICIEL

Les résultats favorables obtenus par M. le docteur P. Tommasoli, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Palerme, dans le traitement des brûlures étendues au moyen d'injections hypodermiques de sérum artificiel employé à titre d'antitoxique, l'ont engagé à expérimenter le même procédé contre les dermatoses en général qu'on tend à rapporter aujourd'hui à une auto-intoxication. Ces essais ont montré que les injections salines constituent une ressource précieuse pour le traitement de certaines maladies cutanées,

notamment du psoriasis et de l'eczéma, ainsi que de quelques affections prurigineuses.

Le sérum dont M. Tommasoli s'est le plus souvent servi est une solution bouillie et filtrée de 10 à 20 grammes de chlorure de sodium et de 5 grammes de bicarbonate de soude par litre d'eau distillée et stérilisée. Les injections ont été pratiquées d'ordinaire à la région intercapsulaire. La quantité de liquide injecté variait suivant les cas. On commençait par 25 grammes et on augmentait rapidement jusqu'à 100, 200 grammes et au delà par injection et par jour. Les premières injections provoquaient fréquemment une réaction fébrile plus ou moins accusée. Les autres effets physiologiques de cette sérothérapie se sont manifestés par l'augmentation de la diurèse, du nombre des hématies, du taux de l'hémoglobine et du poids du corps. Quant à l'action thérapeuthique, on notait tout d'abord la diminution des démangeaisons; ensuite on voyait diminuer la rougeur, la sécrétion séreuse et la production de croûtes au niveau des placards éruptifs,

Sur 10 cas de psoriasis traités de la sorte, 3 seulement n'ont pas été influencés ; 4 malades ont été plus ou moins améliorés et les 3 autres ont complètement guéri. Chez ces derniers on avait employé en moyenne 5 litres de sérum répartis en 25 injections.

Sur 8 sujets atteints d'eczéma, 6 furent complètement guéris après une moyenne de 34 injections représentant environ 4.500 grammes de sérum ; un patient n'a été qu'amélioré et chez un autre le traitement a échoué.

Sur 5 cas de prurit d'origine diverse (alcoolique, sénile, ictérique) il y a eu 4 guérisons après une moyenne de 25 injections équivalant à 6.800 grammes de sérum.

En dehors des injections salines, les malades de

M. Tommasoli étaient soumis à un régime alimentaire approprié et à l'usage des purgatifs.

(*Semaine médicale*, 6 septembre).

Goitre exophtalmique et médication thyroïdienne.

La plupart des auteurs qui ont expérimenté les extraits de corps thyroïde dans le goître simple en proscrivent systématiquement l'emploi dans le goître exophtalmique. Or, à l'heure actuelle, on n'a même pas la pathogénie pour se guider. On discute toujours pour savoir si c'est l'hypothyroïdisation ou l'hyperthyroïdisation qui déterminent la maladie, ou en sont le résultat : entre ces opinions se dresse la théorie peut-être plus satisfaisante de la « parathyroïdisation » défendue par Eulenburg, de Berlin.

En tout état de cause, puisque la pathogénie est encore si obscure, puisqu'il est devenu à peu près impossible de considérer le goître exophtalmique comme une entité morbide, puisqu'il y a, non une maladie de Basedow, mais « des Basedowiens » groupés en divers types très différents, rien ne commande l'abstention formelle et *à priori* d'une thérapeutique thyroïdienne contre cette affection. Cette thérapeutique doit d'autant moins être écartée d'une façon systématique comme étant dangereuse ou simplement irrationnelle, qu'elle compte à son actif un certain nombre de succès. L'auteur rapporte un cas où elle a pleinement réussi.

(*Presse médicale* juin 1898.)

Un cas d'empoisonnement par le datura stramonium

Une femme de cinquante-trois ans ayant absorbé par erreur une cuiller à café de poudre antiasthmatique fut

prise aussitôt après de sécheresse de la gorge que ne calmaient pas les boissons ; en même temps il y avait un mauvais état général. La maladie avait l'aspect d'un delirium tremens ; le visage était cependant très pâle et la peau tout à fait dépourvue de sueur. Les pupilles étaient dilatées et insensibles à la lumière. En même temps survinrent des hallucinations et du délire avec de l'incoordination des extrémités inférieures. La sensibilité était cependant tout à fait normale. La malade, au début, avait de la difficulté à avaler. La respiration était calme, mais le pouls très accéléré et facilement dépressible. La guérison fut rapide après lavage de l'estomac avec la sonde et des injections sous-cutanées de digitaline et pilocarpine. (*Brit. med. Jour. Revue générale de pathologie interne*, septembre 1898).

BIBLIOGRAPHIE

L'HYPNOTISME ET LA STIGMATISATION, *par le Dr Antoine Imbert-Gourbeyre, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.*

Que les Celtes habitent les Landes de l'Armorique ou les montagnes de l'Auvergne, ils possèdent toujours ces deux qualités (ou peut-être ces deux défauts) : ils sont têtus et agressifs et ceux qui leur cherchent querelle doivent toujours avoir présent à l'esprit que le Breton comme l'Auvergnat ne marche jamais sans son *pen-bas*. Notre ami Imbert prouve notre assertion dans la brochure qu'il nous a fait l'amabilité de nous envoyer, et le Père Coconnier comme le Dr Ferrand seront de notre avis.

Les questions traitées dans cette brochure tiennent pour une part à la médecine, mais pour une plus grande part à la philosophie et à la théologie. Nous retiendrons la question physiologique et médicale et nous laisserons notre lecteur se faire, s'il y tient, une opinion sur le côté théologique de la question ; pour cela il n'aura qu'à lire le livre de l'hypnotisme et je lui promets qu'il ne s'ennuiera pas.

Un point qu'intéresse le physiologiste et le médecin, c'est celui de savoir si l'imagination est capable d'imprimer sur le corps humain les plaies saignantes qui ont reçu en théologie le nom de stigmatisation. Le Dr Imbert a attaqué et renversé cette théorie de l'*imagination stigmatogène* avee une verve qui ne laisse rien subsister des arguments de ses adversaires.

En sa qualité de médecin, le Dr Imbert appuie toute son argumentation sur la physiologie expérimentale. Il cite avec raison les belles expériences du professeur Bouchard sur les animaux.

« Non seulement l'homme physiologique ne perd pas de sang, mais il lui ést impossible d'en perdre : ce qu'ont prouvé les belles expériences du professeur Bouchard sur les animaux. Il a lié les veines jugulaires du lapin, de manière à accumuler tout le sang dans la tête. Les oreilles de l'animal se sont congestionnées ; elles ont même rougi, mais il n'y a pas eu la moindre exsudation sanguine à la peau. Il a lié aussi l'aorte abdominale pour projeter tout le sang dans la région céphalique, et le sang n'est pas encore sorti. Bien plus, il a injecté un autre sang dans le torrent circulatoire pour augmenter sa pression sur les parois vasculaires, et ces parois ne se sont jamais rompues pour laisser échapper le liquide.

D'autre part, on a pu calculer mathématiquement la tension du sang, c'est-à-dire la force dépensée par le cœur pour pousser le sang dans les vaisseaux : elle a été évaluée à 19 centimètres au maximum. Or, le professeur Bouchard a démontré qu'il fallait une tension de 78 centimètres pour que les parois des capillaires de la peau se rompissent, donnant passage au sang. Au fond, l'éminent professeur n'a fait que confirmer expérimentalement une vérité universellement reconnue, comme quoi l'homme physiologique ne perd jamais de sang.

Et du coup, on est forcé de conclure que les stigmatisations divine et diabolique sont naturellement impossibles et constituent deux faits extra-naturels. Seule est possible la stigmatisation humaine qui se fait à coups d'épingle, de canif ou autres instruments, mais ce n'est là qu'une fausse stigmatogène déclarée impossible. Elle ne peut agir sur la masse sanguine que par le cœur : or, comme celui-ci est impuissant dans l'état normal à faire sortir le sang par la peau, l'imagination est condamnée à la même impuissance, puisque l'instrument lui fait défaut. Donc, la thèse de l'imagination stigmatogène est ruinée en principe.

Imbert conclut : seul, l'homme malade ou blessé peut perdre du sang, et en dehors du traumatisme, les hémorrhagies pathologiques sont régies par les maladies dont elles sont un symptôme.

Prenant ensuite quelques-uns des médecins ou des philosophes qui ont soutenu la thèse de l'imagination stigmatogène, il s'adresse d'abord au Dr Beaunis, professeur de physiologie à l'école de Nancy. « Il suffit, dit ce médecin, de regarder avec attention une partie de son corps, d'y penser fortement pendant quelque temps pour y éprouver

des sensations indéfinissables, des picotements, des ardeurs, des battements, etc... Il ajoute qu'on en trouve la preuve encore plus frappante chez ces fameux mystiques du moyen âge dont le front, les mains, les pieds étaient aux heures d'extase le siège de fluxions, de sueur de sang, et même de véritables plaies. »

Le Dr Imbert reproche avec raison au professeur Beaunis de conclure des *sensations indéfinissables* éveillées par l'attention dans un point quelconque du corps, à des plaies et des hémorrhagies.

« Que M. Beaunis regarde son pouce avec attention, qu'il y pense fortement, mais très fortement et il verra s'il y fait surgir une plaie, une hémorrhagie, une tumeur ou une verrue quelconque. »

Je crois, s'il m'est permis d'émettre une opinion, que si M. Beaunis regardait son pouce très fortement et surtout très longtemps, il tomberait dans l'hypnose comme les derviches qui regardent leur nombril, mais je ne crois pas qu'il arrive à produire une hémorrhagie au bout de son pouce.

Un philosophe, M. Albert Lemoine, écrit la phrase suivante;

« L'influence de l'âme sur les organes et les fonctions de la vie nutritive est certaine, depuis la rougeur dont le sentiment de la honte colore le front du menteur, jusqu'aux stigmates que l'adoration d'un Dieu crucifié fait apparaître en des jours déterminés aux mains, aux pieds, au flanc d'un extatique. »

Voici la réponse topique que le Dr Imbert fait à des affirmations par trop grotesques.

Et tout cela est dit en style empêtré. Evidemment le philosophe s'est inspiré du physiologiste; et moi, je ré-

clame aux deux préopinants des preuves tirées directement de l'expérience et de l'observation. Fils dévoué de la méthode expérimentale, il me faut absolument des pouces qui saignent après y avoir *fortement pensé*; des fronts rougis par la honte, mais qui aient au moins saigné ; et comme ces honorables ne peuvent pas produire ces deux pièces d'anatomie pathologique et que personne au monde ne les fournira, ils auraient mieux fait de ne pas poser devant le public des conclusions fausses qui choquent les deux bons sens, le vulgaire et le médical.

Vient ensuite le Dr Ferrand qui pose cette question naïve : « L'image des plaies du crucifix évoquée dans les couches corticales du stigmatisé est-elle assez puissante pour provoquer naturellement sur les parties périphériques de ce dernier des lésions analogues à ces plaies ? » Le Dr Imbert n'a pas grand peine à battre en brèche cet argument du Dr Ferrand. Pour moi je trouve qu'il a répondu à toutes ces divagations par cette simple phrase : « Les fausses stigmatisées recourent aux moyens mécaniques pour faire leurs stigmates, preuve de l'impuissance de l'imagination à produire de semblables phénomènes. »

Il ressort de tout cela qu'en dehors des phénomènes soumis à la méthode expérimentale, il existe chez les êtres organisés des mystères et des profondeurs qui resteront peut-être longtemps encore inconnus et qu'on n'aborde pas à la légère sans s'exposer à des bourdes ridicules dont nous venons de voir quelques exemples.

Dr P. Jousset.

La cure libre de la tuberculose pulmonaire

M. Lalesque, d'Arcachon, vient de publier une conférence qu'il a faite sur ce sujet le 4 juin dernier (1). Notre confrère veut démontrer que les malades riches, atteints de tuberculose pulmonaire, peuvent se guérir sans s'astreindre à la vie commune des sanatoria. Il ne conteste pas les résultats de ces derniers et leur grande efficacité, mais il trouve que l'on peut s'en passer et il rapporte dans sa conférence les résultats qu'il a obtenus à Arcachon, résultats qui paraissent très encourageants.

Comme dans les sanatoria, la cure libre de la tuberculose comporte la *cure d'air*, la *cure de repos*, la *cure d'alimentation*, les *mesures prophylactiques contre la contagion*.

Voici comment il expose la *cure d'air* : « Le tuberculeux, quelle que soit la forme anatomique de sa malade, quelle qu'en soit la période anatomique, quelles qu'en soient les complications intercurrentes, doit vivre d'une façon constante en air pur, frais, renouvelé. En d'autres termes, il doit être soumis à une aération diurne et nocturne, et cela, quel que soit l'état de l'atmosphère. Ni le froid ni la chaleur, ni l'humidité ni la sécheresse, ni le vent ni la pluie, ni même le brouillard ou la neige, ne sauraient, en aucun cas, devenir une contre-indication à cette aération continue. »

Il est quelquefois difficile de faire accepter ces principes par certains malades, pour qui toute l'hygiène consiste à se calfeutrer hermétiquement ; à vivre en l'air confiné, puis ruminé, bientôt toxique, à s'étioler dans une atmosphère surchauffée. Pour cela, le médecin doit déployer

(1) Chez Gounouilhou, 11, rue Guirande, Bordeaux.

une véritable ténacité, mais le plus souvent, il arrive à les convaincre.

Il devra obtenir d'abord l'aération diurne, que les malades arrivent assez vite à accepter, parce qu'elle produit d'ordinaire une diminution de leur toux, diminution en intensité et en fréquence; lorsque le soir ou la nuit les malades se renferment, la toux réapparait, le malade se plaint alors de s'être enrhumé le jour. Le médecin devra alors affirmer à son malade, le convaincre que loin de s'être enrhumé, il tousse plus parce qu'il n'est plus à l'air; il finira par obtenir l'essai de l'aération nocturne, et celle-ci amenant la diminution de la toux, le malade sera convaincu de son efficacité.

La *cure de repos* est le complément indispensable de la cure d'air, mais elle doit être, suivant les cas, complète ou relative. Elle est souvent plus difficile à faire accepter aux malades qui ont peur de s'affaiblir, de perdre l'appétit.

« La cure de repos, complète chez les fébricitants, sera seulement relative chez les tuberculeux apyrétiques. Mais là encore, le thermomètre dira l'opportunité de ce repos relatif; il en fixera la durée, l'intensité.

Beaucoup de malades se croient sans fièvre, alors qu'en réalité ils ont un accès chaque soir, accès qui disparaîtra souvent sous la seule influence du repos, comme sur diverses courbes publiées par le Dr Lalesque.

M. Lalesque nous décrit, avec images photographiques à l'appui, le matériel de la cure libre, consistant en un paravent abri, qui se prête à diverses transformations, en un hamac que l'on peut transporter en différents points de la forêt.

Il nous donne un exemple de l'observation journalière prise par le malade lui-même, et indiquant tout ce qui s'est passé dans la journée, et l'alimentation prise.

Il manque à la cure libre de la tuberculose faite à Arcachon, un élément important quoi qu'en dise le Dr Lalesque, c'est l'altitude; nous ne dirons pas que l'altitude est indispensable à la guérison et que les phtisiques ne guériront que sur les hautes montagnes, mais nous croyons qu'ils y sont dans de meilleures conditions pour le faire.

Cela n'empêche que nous devons reconnaître que la cure libre donne de bons résultats à Arcachon en particulier; nous connaissons plusieurs cas favorables, et nous reconnaissons aussi qu'un certain nombre de malades préfèreront cette vie libre à la vie absolument assujettissante des sanatoria.

Dr MARC JOUSSET.

VARIÉTÉS

LA PESTE DE PORTO

Au commencement du mois de juin dernier (1) le bruit courait que dans un faubourg de Porto il avait été observé une série de cas d'une maladie suspecte qu'on attribuait à une petite épidémie de choléra nostras, d'entérite, affection assez commune en été à la suite de la consommation de fruits verts, etc. Ces faits appelèrent l'attention du chef du service de santé de la Ville, M. le Dr Ricardo Jorge, professeur d'hygiène à l'Ecole de médecine et de chirurgie de Porto. Malgré les certificats rassurants des médecins qui avaient soigné les individus atteints, notre savant confrère se rendit sur les lieux pour y faire

(1) *Semaine médicale*, 6 septembre.

une enquête, et il fut bientôt à même de constater que la maladie qui sévissait d'une manière presque épidémique n'était pas celle qu'on a l'habitude d'observer à cette époque de l'année.

C'est le 6 juillet que M. Ricardo Jorge commença ses visites dans le faubourg suspect, lequel est en face du point où s'amarrent les bateaux ; situé sur les bords du Douro, il est habité par une population très pauvre, peu habituée aux soins hygiéniques, et composée surtout de portefaix employés au déchargement des navires. Les cas observés par le chef du service municipal de santé ou dont il eut connaissance par les rapports des médecins et le témoignage de personnes honorables présentaient tous les caractères de la peste bubonique. Plusieurs confrères émirent la même opinion. Quelques jours après, M. Ricardo Jorge informa les autorités civiles de ce fait, afin que celles-ci prissent les mesures nécessaires. En même temps il chercha à cultiver et à obtenir à l'état de pureté le bacille pesteux, ce qui n'est pas toujours facile au début d'une épidémie. Dans ce but il recueillit, le 8 juillet, le pus du bubon d'un malade qui se trouvait déjà à une période relativement avancée de l'affection (cet homme avait été atteint le 19 juin), mais les ensemencements restèrent sans résultat. Après plusieurs autres expériences bactériologiques, également infructueuses, notre confrère retira vers la fin du mois de juillet quelques gouttes de pus d'un bubon rétromaxillaire et il fut assez heureux pour isoler un microorganisme qui présentait tous les caractères du bacille pesteux.

Le 8 août il annonça officiellement la découverte qu'il avait faite et qui venait confirmer ce que la clinique avait déjà fait prévoir quelques semaines auparavant.

Dès le 3 août il avait envoyé un peu de pus provenant du bubon d'un malade à M. le Dr Camara Pestana, directeur de l'Institut royal de bactériologie de Lisbonne, qui y décéla le bacille de la peste. On a ainsi obtenu des bacilles capsules qui offraient tous les caractères distinctifs du coccobacille de Yersin, ainsi que les modifications (formes d'involution) survenant au bout de quarante-huit heures quand on cultive ce microorganisme sur agar-agar avec addition de chlorure de sodium (milieu de Hankin).

Des inoculations à des rats et à des cobayes ont déterminé la mort de ces animaux en l'espace de deux à trois jours avec tous les signes d'une infection accompagnée de tuméfaction ganglionnaire. Peu après, M. le professeur Ricardo Jorge se procura quelques rats vivant dans les maisons habitées par les premiers malades : tous étaient porteurs du bacille pesteux. Il en fut de même d'un chat qui présentait des engorgements cervicaux et qui provenait d'une maison dans laquelle deux domestiques avaient été atteints de la maladie.

Le premier individu qu'on put, vers la fin de juillet, soupçonner avec raison d'être atteint de la peste, était un portefaix espagnol âgé de 47 ans ; il n'avait été souffrant que pendant quelques jours et il mourut subitement. Le second, un Espagnol également, habitait la même maison que le premier; il entra à l'hôpital le lendemain de l'enterrement de son compatriote ; il avait du délire, de la prostration, de la fièvre et se plaignait d'une douleur dans le bras droit. Le cinquième jour, il survint un bubon à l'aisselle droite qui, tout en ne suppurant pas, persista pendant quelque temps. Ce malade a guéri; toutefois, il est encore très faible. Deux autres Espagnols ont présenté

aussi de la fièvre et des bubons, mais ont guéri rapidement. Une femme de 26 ans, enceinte de deux mois et qui avait avorté le second jour de la maladie, est morte le 17 juillet après avoir présenté une plaie *charbonneuse* à l'épaule droite et des tuméfactions ganglionnaires aux aisselles. Je signalerai aussi le cas d'un Espagnol qui, ayant rasé le premier malade mort, fut atteint à son tour de l'affection (fièvre, bubon à l'aisselle droite).

L'énumération de tous les faits observés jusqu'à ce jour serait peut-être quelque peu fastidieuse; la liste complète en sera, d'ailleurs, publiée dans le rapport de M. Ricardo Jorge. Qu'il me suffise de dire que chez presque tous les malades traités soit en ville, soit à l'hôpital, l'affection a débuté par des frissons; on a noté de la fièvre, de la prostration, parfois du délire, un état catarrhal intense du tube digestif, deux ou trois fois seulement des complications pulmonaires avec hémoptysies, une fois des pétéchies, et enfin des tuméfactions ganglionnaires (cervicales, sous et rétro-maxillaires, axillaires, inguinales, crurales), isolées ou associées. Deux malades ont présenté des pustules charbonneuses et tous les deux sont morts.

Voici d'ailleurs la statistique détaillée des cas observés depuis le début de l'épidémie jusqu'au 28 août :

	Cas.	Décès.
Du 4 au 10 juin.	2	1
11 — 17	6	1
18 — 24 —	4	2
25 — 1er juillet.	5	2
2 — 8 —	3	1
9 — 15 —	2	1
16 — 22 —	2	0

		Cas.	Décès.
23 — 29	—	2	1
30 — 5 août	.....	7	1
6 — 12	—	4	1
13 — 19	—	10	4
20 — 26	—	7	6
27	—		1
28	—		1

Soit en tout 54 cas et 23 décès jusqu'au 28 août.

Les pestiférés ont été transportés dans deux pavillons d isolement de l'hôpital général de Saint-Antoine, mais on vient d'aménager à cet effet l'hôpital Guellas de Pau (100 lits).

On a attribué l'importation de la maladie à un navire anglais, *The City of Cork*, provenant de Londres avec chargement de chanvre des Indes; ce bateau était resté quelques jours dans le port de Londres. Il faut dire que tous les navires qui importent des marchandises des Indes en Portugal (riz, chanvre, thé, etc.), viennent toujours d'un des ports européens : Londres. Liverpool, Rotterdam, Brême, Hambourg. Les huit ou neuf premiers malades habitaient tous la même rue, voisine du fleuve Douro, et quelques-uns la même maison. Au début, tout le monde doutait que ce fût la peste, aussi bien les médecins que le public; aujourd'hui on peut dire que la très grande majorité du Corps médical admet la nature pestilentielle de la maladie. Jusqu'au commencement du mois d'août l'autorité sanitaire du port donnait des patentes nettes aux bateaux qui avaient touché Porto, et les consuls étrangers signaient de confiance. Ce fut le consul du Brésil qui, après avoir fait une enquête particulière, déclara, le premier, Porto comme port infecté.

Dans notre ville où le calme a toujours régné on a pris des mesures d'hygiène et de propreté, on a prescrit des visites médicales dans les faubourgs et quartiers pauvres, on a procédé à des désinfections, etc. A partir de la deuxième semaine du mois d'août tous les voyageurs quittant Porto étaient obligés, lors de leur départ, à subir une inspection médicale qui avait lieu dans les trois gares, avec désinfection des bagages. Depuis quelques jours on a fermé définitivement toutes les gares, et suspendu le transport des marchandises en vue, dit-on, de permettre l'établissement d'un cordon sanitaire militaire autour de Porto (46 kilomètres), exigé surtout par la presse et le Comité de santé publique de Lisbonne. La ville doit être fermée après-demain, et peut-être même demain; tous les habitants protestent et demandent qu'on soumette seulement les voyageurs à l'inspection médicale et les marchandises et les bagages à la désinfection. Jusqu'à ce qu'on eût parlé de cordon sanitaire et d'isolement la population était sans crainte et vaquait tranquillement à ses occupations, mais depuis ç'a été une fuite de plusieurs milliers de personnes quittant Porto en voiture, sans inspection médicale aucune et avec des bagages non désinfectés; malgré cela, il n'a pas été signalé de cas suspects dans les localités environnantes. On suppose que le gouvernement veut établir le cordon dans le seul but d'obliger les partants à une inspection médicale rigoureuse et à une désinfection soignée, et non de mettre la ville en quarantaine. S'il en était autrement, des émeutes sérieuses pourraient éclater.

Comme le fait s'est passé dans d'autres villes et pour d'autres épidémies, les médecins qui signalent les premières manifestations du mal ne s'attirent guère la sym-

pathie du public, et notre distingué confrère, M. le professeur Ricardo Jorge, s'est vu exposé à quelques hostilités sans importance. La presse politique étrangère a trop accentué cet état d'esprit qui tend, du reste, à disparaître.

Dr. FORBES COSTA
Chirurgien des Hôpitaux de Porto.

Porto, le 29 août 1899.

L'ŒUVRE DU TOMBEAU DE HAHNEMANN

18e liste de souscription

(*Souscriptions envoyées par M. le Dr Julio Convers de Bogota, Colombie*).

	francs	francs
Dr Luis G. Paez.	55	125
Dr Julio H. Convers	35	
Dr Guillermo Munoz.	15	
Dr Pablo J. Casas.	7	
Dr Rafael Pembo	7	
Dr Ricardo Arenas.	6	

Souscriptions envoyées par M. le Dr B. Jams, de Philadelphie.

Oregon hom. med. State Society . . .	50	65
Dr X.	15	
Souscriptions de la pharmacie Peuvrier, à Paris.		5 25
Tronc de l'hôpital Hahnemann, 4e versement. .		10
Dr Mc Clelland, Pittsbourg, Pa. Etats-Unis. . .		125
Dr Perrion, de Nantes.		10
		340 25
Listes précédentes		17 084 15
Total		17 424. 40

Projet du monument de Hahnemann au Père-Lachaise

Un concours de projets a été établi au mois de juin dernier pour l'érection du monument funéraire de Hahne-

mann ; le projet Lardot a été adopté par la majorité des Membres du Comité international, d'accord avec la Société homœopathique française.

Le monument comprend une partie centrale et deux bas-côtés. Au centre se trouvent : un piédestal orné de sculptures et guirlandes en bronze qui supporte le buste de Hahnemann ; derrière le piédestal, une grande stèle surmontée d'attributs sculptés d'une hauteur totale de 3 m.80 ; sur le corps de la stèle, l'épitaphe de Samuel Hahnemann; au pied du piédestal, on lit « souscription internationale ». Sur les côtés, se trouvent gravées à gauche les œuvres de Hahnemann, à droite ses pensées. Le mur de fond où se trouvent les œuvres et les pensées est orné de palmettes en tête, consoles, plaques en relief desinées à la gravure des lettres. En avant du monument, double parpaings moulurés pour recevoir une grille en bronze ton vert antique et de style grec.

Le monument sera construit en granit rose d'Ecosse, venant de Peterhead, d'un poli inaltérable, sauf le soubassement en granit de Normandie, dit de Vire.

Dans le traité avec la maison Lardot, le monument doit être terminé pour le Congrès international de 1900, qui se tiendra à l'Exposition, du 18 au 21 juillet.

Les souscriptions seront encore reçues jusqu'au 31 décembre 1899, certaines parties du tombeau pouvant être susceptibles d'une ornementation plus riche.

PAPPORT SUR LES DISPENSAIRES HOMŒOPATHIQUES OFFICIELS DU BUREAU DE BIENFAISANCE D'ANVERS.

Année 1898.

Depuis son introduction officielle dans le service médical du Bureau de Bienfaisance, l'homœopathie n'a cessé de

jouir d'une vogue toujours croissante parmi les indigents d'Anvers. Chaque année, en effet, comme le prouvent les rapports précédents, nous avons constaté une affluence plus nombreuse de malades aux divers dispensaires homœopathiques.

Les résultats de l'année qui vient de s'écouler sont plus brillants encore que ceux des exercices antérieurs, car le chiffre des prescriptions homœopathiques qui était de 10.933 en 1897, s'est élevé en 1898 à 12,147, ce qui constitue une augmentation de 1.214 prescriptions.

Ce chiffre se décompose de la manière suivante :

Dispensaires des rues Delin et de la Fraternité, Dr Schepens	6.636
Dispensaires de la rue des aveugles, Dr Lambreghts	5.214
Dr B. Schmitz, médecin suppléant	297
Total. . . .	12.147

Le tableau suivant donne une idée exacte des progrès de l'homœopathie parmi les pauvres d'Anvers, depuis 1892.

1892	2.922	prescriptions
1893	4.663	»
1894	4.746	»
1895	7.003	»
1896	10.010	»
1897	10.933	»
1898	12.147	»

Dans le cours de l'année 1898, diverses affections ont pris le caractère épidémique chez les pauvres d'Anvers, notamment la scarlatine, la variole et l'influenza.

Les cas de scarlatine ont été moins fréquents et plus bénins qu'en 1898 ; sur la demande des parents qui avaient

confiance dans l'homœopathie, nous avons traité à domicile quelques enfants atteints de cette affection.

La variole a fait de grands ravages surtout dans la 5e section. Mon collègue, le Dr Schepens, qui a cette section dans son service, en a observé de nombreux cas; mais, pour éviter la contagion, il a été obligé de faire transporter la plupart de ses varioleux à l'hôpital. Il a cependant soigné, à domicile, deux cas graves, qui ont guéri rapidement sous l'influence de la médication homœopathique.

Vers la fin de l'année, beaucoup de pauvres ont payé leur tribut à l'influenza qui a sévi assez vivement à Anvers.

Cette affection se caractérisait par un état catarrhal des voies respiratoires et digestives, une fièvre plus ou moins vives avec lassitude et brisement dnns les membres, des névralgies dans la tête et la face.

Nos médicaments de prédilection ont été :

Aconit, *Bryonia*, *Gelsemium*, *Arsenicum* et *China*.

Parmi les affections aiguës qui se sont présentées avec le plus de fréquence, notons également la rougeole, la broncho-pneumonie, la fièvre typhoïde, la coqueluche, l'érysipèle, la pleurésie, la cholérine, le rhumatisme articulaire, etc., etc.

Les malades atteints d'affections chroniques ont été fort nombreux aux dispensaires homœopathiques, grâce aux cures remarquables dont ils ont été témoins.

Pendant l'année 1898, nous avons fait 1.140 visites à domicile ; nous avons eu 26 décès, chiffre peu élevé, si l'on considère le grand nombre d'affections graves que nous avons traitées à domicile. Ces décès sont dus à la tuberculose, à la fièvre typhoïde, à l'entérite chronique, à la

broncho-pneumonie, à la méningite, à l'endocardite, à l'apoplexie, etc.

Nous avons fait transporter à l'hôpital 52 malades atteints de maladies contagieuses et autres qu'il était impossible de soigner à domicile.

Les chiffres que je viens de citer mettent une fois de plus en relief la situation prospère et florissante des dispensaires homœopathiques officiels d'Anvers : et il est hors de doute que si les médecins homœopathes étaient en nombre suffisant au Bureau de Bienfaisance, la majorité des indigents se ferait soigner par notre méthode.

Le Bureau de Bienfaisance d'Anvers est la seule institution officielle en Belgique où l'homœopathie ait été adoptée et mise à la portée des malades pauvres. Cette mesure humanitaire et démocratique produit des résultats remarquables dignes de fixer l'attention de ceux qui s'obstinent à bannir des hopitaux un système thérapeutique qui possède la confiance du malheureux. (*Journal belge d'homœopathie.*)

Dr LAMBREGHTS.

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille. Paris.

La Tuberculose (Contagion, hérédité, traitement) par le Dr P. Jousset. Prix. . . . . 3 fr.

Eléments de Pathologie et de Thérapeutique générale, 2e *édition*, revue et augmentée, par le Dr P. Jousset. Prix. . . . . 4 fr.

Paris — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

NOVEMBRE 1899

CLINIQUE MÉDICALE

DISPENSAIRE POUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

Il y a un an, nous avons ouvert ce dispensaire à l'hôpital Saint-Jacques. 84 malades se sont présentés pendant ce temps ; et, à première vue, ce chiffre paraît suffisant pour juger de l'efficacité d'un traitement. Mais, malheureusement, ce chiffre doit être considérablement réduit.

D'abord, 7 malades viennent seulement depuis un mois et naturellement doivent être réservés pour la statistique de 1900.

28 malades n'étaient pas tuberculeux ; quelques-uns étaient atteints de catarrhe chronique des bronches, mais sans bacilles ; d'autres étaient asthmatiques ; un certain nombre cardiaques ; quelques-uns étaient dyspeptiques ou névropathes.

Enfin, 38 malades ne sont venus qu'une ou deux fois ; leur manque de persévérance ne peut être attribuée à la crainte que beaucoup de malades ont pour les injections de sérum, puisqu'aucun d'eux n'avait encore été soumis à ce traitement. Ce besoin de changement qui tourmente presque tous les incurables peut seul expliquer la courte apparition de ces 38 malades à notre dispensaire. Natu-

rellement, ils ne peuvent pas compter dans notre statistique.

En réunissant les 38 malades qui n'ont fait qu'une apparition au dispensaire, les 28 qui n'étaient pas tuberculeux et les 7 qui ont seulement commencé leur traitement depuis un mois, nous avons un chiffre de 73 malades, qui retranché de 84, laisse seulement 11 phtisiques soumis à un traitement.

Sur ces 11 malades, 2 sont morts, 6 ont été plus ou moins améliorés; deux d'entre eux pourraient même être considérés comme guéris, puisqu'ils ne présentent plus de bacille dans leurs crachats, 3 sont stationnaires.

Obs. I. — *Phtisie bacillaire. Mort.* — G..., 26 ans, ouvrier papetier, marié, sans enfants.

Il se présente à la consultation le 3 novembre 1898. Il raconte qu'il tousse depuis quatre mois surtout la nuit. Avant de tousser il ressent des chatouillements dans la gorge. Il est toujours altéré et a complètement perdu l'appétit. Il lui arrive parfois de vomir ses repas. Enfin, depuis qu'il tousse, il a maigri de 30 livres environ.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'un accident, mais sa mère a succombé à un chaud et froid. Ses frères et sœurs sont bien portants.

En auscultant le malade, on trouve des râles humides en avant et à droite sous la clavicule. Les vibrations sont exagérées dans tout le côté droit. A gauche, respiration supplémentaire.

Le 3 novembre, il reçoit une injection de culture pure de tuberculose (0,05 centigr. de 3e trituration) et prend à l'intérieur drosera TM, XX gouttes.

Le 10, il se présente de nouveau et dit avoir eu la fièvre

avec frissons tous les soirs vers les 9 heures. Le pouls est à 80. Injection de Klebs à la dose de 0,0005 dix-milligrammes et drosera à l'intérieur.

Les crachats examinés au microscope contiennent de nombreux bacilles de Koch.

17 novembre. — Il tousse toujours autant et se décide à entrer le lendemain à l'hôpital Saint-Jacques où il occupe le lit n° 1 de la salle des hommes.

Dès le premier jour de son entrée, le malade est pris d'une diarrhée continue qui durera jusqu'à sa sortie. Il se lève en moyenne trois fois dans la nuit pour aller à la selle, alors que dans le jour il n'y va guère qu'une fois

Le 18. — Sa température s'élève à 39°,8, puis elle s'abaisse le lendemain matin à 37°,4, pour, dans la soirée, augmenter d'un degré.

Le 19, injection de Klebs à la dose de 0,0001 dix-milligramme et drosera TM.

Du 20 au 25, la température oscille entre 37 et 39°. Le malade prend à ce moment-là sputum (1) 3e et corallia 30e.

Le 26 au matin la température descend à 36°,8 ; on lui fait alors une nouvelle injection de Klebs, même dose que la précédente. Le soir la température s'élève à 39°,2. Le lendemain elle augmente dans la soirée, le thermomètre marque 39°,6.

A partir de ce moment jusqu'au 8 janvier, date de la sortie du malade, la température s'abaissera d'abord, puis oscillera autour de 37°, avec de temps à autre quelques ascensions qui ne dépasseront jamais 38°,2, ascensions de

---

(1) Expectoration de tuberculeux stérilisée et triturée.

plus en plus rare à mesure que l'on s'éloigne du début de la maladie.

Le malade a reçu dans l'intervalle 3 injections de Klebs : la première le 8 décembre, la seconde le 15 et enfin la troisième le 6 janvier. Il prend successivement à l'intérieur : bryone, sputum, phosphori acidum, sulfuris acidum, arsenic, cotoïne, eau de chaux et rhum pour sa diarrhée, iodure d'arsenic du 26 décembre au 3 janvier, et enfin drosera jusqu'au 8 janvier, jour de son départ de l'hôpital.

12 janvier. — Iod. ars. 3e 25 centigr. La diarrhée a cessé. Le 18, ce malade reçut encore l'iodure d'ars. 3e 0,25 et le 26 une injection de Klebs. Le 2 février la toux a beaucoup augmenté et le malade reçoit drosera (TM) XX gouttes.

A partir de ce moment, la fièvre hectique, qui était revenue après sa sortie de l'hôpital, augmente chaque jour. La faiblesse et l'amaigrissement s'accentuent de plus en plus, le malade ne peut plus revenir à la consultation et il succombe chez lui à la fin du mois.

Réflexions. — Quand ce malade s'est présenté à notre dispensaire, il était déjà à la période cachectique caractérisée par la fièvre, le ramollissement tuberculeux du poumon et la diarrhée. Il était tellement malade que je l'engageai à entrer à l'hôpital. Comme il allait de mal en pis, je le consignai au lit à partir du 26 décembre et sous l'influence du repos *absolu*, bien plus à mon avis que par l'action médicamenteuse, nous obtînmes une amélioration fort importante; la fièvre cessa complètement. Et peut-être aurions-nous eu quelque chance d'arrêter sa tuberculose, mais le malade voulut absolument sortir. Il était nouvellement marié, hélas ! La maladie reprit son

cours fatal, et nous l'avons vu, il succomba rapidement.

Obs. II. — *Phthisie laryngée. Alcoolisme. Cachexie avancée. Pas de traitement curatif.* — Le second mort est une femme. Elle s'est présentée à notre dispensaire le 17 novembre. Elle était âgée de 38 ans. Elle était alcoolique à un très haut degré, avait eu 8 fausses couches et 2 enfants morts de convulsions à l'âge de 2 mois. Cette femme très amaigrie, aphone, avait une toux quinteuse incessante et vomissait le peu qu'elle mangeait. Le sommet droit était le siège d'une induration tuberculeuse évidente. Les crachats très difficiles à avoir présentaient de nombreux bacilles de Koch. Le traitement a été purement palliatif, dirigé contre les vomissements. Le drosera, la noix vomique, l'opium, le kermès ont été donnés inutilement et elle a succombé six semaines après être venue pour la première fois au dispensaire.

Réflexions. — Cette malade, par son alcoolisme invétéré, par sa laryngite et par ses lésions tuberculeuses, était absolument au-dessus des ressources de la thérapeutique. Je n'ai point voulu la soumettre à la sérumthérapie à cause de sa laryngite et, en résumé, il n'a été fait ici que du traitement palliatif.

Des 9 malades qui nous restent à examiner, 6 ont éprouvé une grande amélioration. Deux d'entre eux sont même guéris au point de vue bactériologique, puisque depuis cinq mois on ne constate plus de bacilles dans leurs crachats. Voici le résumé de ces observations :

Obs. III. — *Phthisie bacillaire. Guérison?* — M. R... est âgé de 39 ans, il exerce l'état de vannier. Est malade

depuis deux ans. Il n'a pas maigri notablement. Sa maladie aurait débuté par le larynx. Qnand il se présenta au dispensaire le 29 décembre, il était atteint d'une bronchite double et généralisée. Il fut traité par arsenic et noix vomique.

Le 5 janvier 1899, l'examen bactériologique ayant démontré l'existence de nombreux bacilles de Koch, ce malade fut soumis aux injections de Klebs, à la dose de 0,0001 dix-milligramme et à l'iod. d'ars. 3e trit. Jusqu'au 2 mars, il reçut une injection de Klebs tous les quinze jours, prit l'iod. d'ars. à la 3e d'abord, puis à la 1re trit. La toux et les crachats diminuèrent et les bacilles de Koch étaient très peu nombreux dans les crachats.

Jusqu'au 25 mai, le même traitement fut continué, injection de Klebs tous les quinze jours et iod. d'ars. Le 25 mai, l'examen des crachats fut absolument négatif.

Le malade continua à venir au dispensaire. Les injections de Klebs furent remises à une fois par mois, l'iod. d'ars. continué. Un examen bactériologique pratiqué le 29 juin fut encore négatif.

L'état général est bon, le malade travaille, mais il tousse toujours.

Nous le gardons en observation, et si une nouvelle analyse est encore négative, nous ferons une inoculation à un cobaye pour confirmer la guérison bacillaire. Ce malade, ausculté à nouveau, présente des signes d'emphysème, expiration prolongée et sibilante dans les deux poumons. Matité relative au sommet gauche avec râles sibillants et muqueux, expiration prolongée, notablement plus marquée au sommet gauche.

Réflexion. — Ce malade a été traité très régulièrement, parce qu'il n'a jamais manqué de venir à la consultation

d'une part, et qu'il n'a témoigné aucune répulsion pour les injections de sérum. Tant qu'il toussera nous ne considérerons pas la guérison comme définitive.

Obs. IV. — *Phtisie avec bacilles dans les crachats. Traitement par iod. d'ars. 1re et injection de Klebs. Amélioration notable. Disparition des bacilles de Koch.* — M. C.., agé de 23 ans, homme d'équipe. A eu une pneumonie il y a deux ans, puis une fièvre typhoïde et a été réformé pour cause de tuberculose.

Traité par les injections de Klebs tous les huit jours, puis tous les quinze jours et l'iod. d'ars. à la 1re trituration à partir du 9 février 1899.

Au bout de deux mois, ce malade se trouve mieux, les crachats ont beaucoup diminué. Le 16 mars, il a pris froid, bronchite : aconit, puis bryone (TM).

Le 30 mars, nous reprenons le traitement et lui faisons des injections de Klebs tous les quinze jours.

Le 25 mai, l'état général est très amélioré, le malade tousse et crache beaucoup moins. L'examen des crachats pratiqués le 7 juin est encore positif, quoique les bacilles soient rares. Le même traitement est repris, sauf les injections qui sont suspendues à cause d'un rhume.

Le 12 octobre, je reprends les injections de Klebs et je donne drosera a cause du rhume qui continue. L'examen des crachats, pratiqué le 2 novembre, permet de constater des pneumocoques, des streptocoques et des staphylocoques; le *bacille de Koch fait entièrement défaut.*

L'auscultation fait encore reconnaître une matité relative au sommet gauche avec de nombreux craquements humides en avant. En arrière, obscurité très marquée de la respiration avec quelques craquements secs.

OBS. V. — *Phthisie héréditaire. Nombreux bacilles. Signes sthétoscopiques positifs. Traitée par iodure d'ars. et injections de Klebs. Très grande amélioration.* — Mme C..., 30 ans, mariée depuis dix mois. Son père est mort phtisique, sa mère diabétique, deux frères sont morts tuberculeux.

Cette malade s'est présentée au dispensaire le 22 décembre 1898. Elle n'est pas notablement amaigrie, n'a point de fièvre. Elle tousse beaucoup. Elle a déjà eu trois hémoptysies.

Dans la fosse sous-épineuse droite on perçoit de l'expiration prolongée, des craquements humides au deuxième temps et du retentissement de la voix. Les crachats présentent de nombreux bacilles de Koch.

On lui prescrit iod. d'ars. 6ᵉ et calc. phosph. 6ᵉ, un jour l'un, un jour l'autre.

Le 29 décembre, la malade tousse moins. Comme ses règles manquent depuis sept semaines, on lui donne puls. 6ᵉ. Elle reçoit une injection de Klebs à la dose de un dix-milligramme (0,0001).

Pendant deux mois, cette malade reçoit une injection semblable tous les quinze jours et prend de l'iodure d'arsenic à la 2ᵉ trituration. L'état général s'améliore, les règles sont revenues dès le début du traitement et n'ont plus manqué. Mais ses crachats contiennent toujours de nombreux bacilles.

Six semaines après, les forces reviennent, la toux est moindre, mais les crachats contiennent toujours des bacilles. Les injections sont continuées tous les quinze jours.

Sous l'influence de ce traitement, l'appétit revient, les

forces s'améliorent et la malade essaye de reprendre son métier d'institutrice. Mais la fatigue de la parole l'oblige bientôt à le cesser définitivement.

Le 5 octobre 1899, ses crachats contenaient encore des bacilles, et cependant l'ensemble de la santé était relativement très bon. Il n'y a pas eu d'injection de Klebs depuis le 4 mai.

Le 12, la malade revient avec des signes de bronchite généralisée et un point du côté à droite. Elle reçoit bryone et ipéca 6e, alternés.

Revenue le 26 octobre, la bronchite a tout à fait disparu, la malade a beaucoup engraissé depuis cet été ; elle a tout à fait les apparences de la santé, elle mange bien, est bien réglée, mais elle tousse toujours. Le sommet droit est fort amélioré, l'expiration est soufflante, mais il n'y a plus aucun craquement. Par contre, on perçoit quelques craquements humides au sommet du poumon gauche. Iod. ars. 1re et une injection de Klebs. L'examen des crachats a été positif.

OBS, VI. — *Phtisie. Lésion du sommet gauche. Nombreux bacilles. Traitement par Klebs, iod. ars. Grande amélioration.* — M. D..., 29 ans, comptable, marié depuis cinq ans, sans enfants. Tousse depuis six mois et a eu une hémoptysie.

Se présente au dispensaire, le 29 décembre. Il tousse beaucoup. A des sueurs nocturnes. Soumis à des injections de Klebs à dose d'un dix milligramme tous les quinze jours, à l'iod. d'ars. à la 3e, puis à la 1re trit.

Ce malade accuse une grande amélioration au bout de deux mois et note qu'il a augmenté de 3 kilos. Le même traitement est continué et le 2 mars le malade trouve que ses forces augmentent ; les crachats continuent. Le 16 mars

petite hémoptysie pour laquelle je lui prescris ipeca et millefolium 3ᵉ.

Le 6 avril, le malade croit avoir la fièvre le soir depuis douze jours. Nous le mettons au traitement de Martiny. Les injections de Klebs sont reculées d'une semaine.

4 mai, amélioration nouvelle. Continuation des injections tous les mois. L'iod. d'ars. est redonné à la 3ᵉ trit. Le 25 mai, le malade part pour l'Auvergne.

Revenu le 3 août il accuse une grande amélioration, sauf son enrouement qui a augmenté.

Le malade est revenu la dernière fois le 19 octobre. Il accuse une grande amélioration pour l'état des forces, pas de fièvre, tousse peu, seulement il maigrit.

Injections de Klebs, 17 août et 19 octobre.

Les deux observations qui vont suivre ont trait à deux malades qui ont prématurément interrompu leur traitement au moment où je me suis absenté pour les vacances.

Obs. VII. — *Phtisie avec bacilles de Koch. Traité par l'iod. d'ars. et les injections de Klebs. A subi le traitement du 19 janvier au 19 juillet. Etat stationnaire et n'est pas revenu.* — M. B.., 35 ans, scieur de long, malade depuis huit ans. A eu plusieurs hémoptysies dont une très abondante. Tousse par quintes, crache beaucoup et a bien maigri depuis un mois. De famille tuberculeuse. Les crachats présentent de nombreux bacilles de Koch. Ce malade a reçu tous les quinze jours une injection d'un dix-milligramme de Klebs et a pris iod. d'ars.

Le 30 mars, hémoptysie abondante traitée par ipéca et millefolium 3ᵉ.

Le crachement de sang disparaît facilement, mais le malade a plus de fièvre. Malgré cela le 20 avril on lui fait une injection de Klebs et il prend de l'iod. d'ars.

Le 4 mai, la fièvre continuant à venir le matin à 11 h. et non le soir, je lui donne à deux jours d'intervalle un gramme de sulfate de quinine.

Le malade toussant beaucoup, il prend aconit, rumex, puis iod. d'ars. et calc. phosph à la 6[e] dil. Cet état grave cesse ; nous revenons à l'iodure d'ars. et aux injections de Klebs, il n'est pas revenu depuis le 13 juillet.

Obs. VIII. — *Phtisie avec nombreux bacilles, signes sthétoscopiques au sommet gauche. Traité par les injections de Klebs et l'iod. d'ars. A été amélioré, a cessé de venir à l'époque des vacances.* M. D..., 40 ans, tôlier. Malade depuis six mois, est marié, a eu des enfants dont deux sont morts de méningite. A partir du 26 janvier, fut traité par l'iod. d'ars. 1[re] et les injections de Klebs tous les quinze jours.

Le 2 mars, il trouvait que ses forces revenaient notablement. Le malade mange mieux et augmente de poids. Le 13 avril, il affirme que ses forces ont beaucoup augmenté ainsi que son poids. Le 20 avril il se plaint d'un point de côté pour lequel il reçoit bryone, X gouttes, puis ranoncul. bulb. A partir du 6 mai, il prend iod. d'ars. et calc. phosph. à la 6[e].

Le 1[er] juin, il accusait encore une amélioration générale. Il n'est pas revenu depuis.

Restent trois malades dont nous croyons inutile de rapporter les observations détaillées, parce que l'irrégularité dans le traitement résultant de leur défaut à venir tous les jeudis au dispensaire, l'interruption même complète de ce traitement au bout de quelques semaines, ne permettent pas d'utiliser l'histoire de ces trois malades.

———

Quelles conclusions tirerons-nous de ce travail ? Sur 11 phtisiques incontestables, dont le diagnostic a été confirmé par l'examen bactériologique, 2 sont morts. L'un, celui qui fait l'objet de la première observation, avait été considérablement amélioré par le traitement, puissamment aidé du repos au lit et de l'alimentafion reconstituante. Retourné volontairement à sa vie misérable, le traitement est devenu inefficace et il a succombé rapidement. Chez ce malade, le repos absolu au lit a été l'agent puissant de l'amélioration générale et surtout de la chute complète de la fièvre.

Notre second décès est la femme qui fait le sujet de l'observation II. Profondément alcoolique, atteinte d'ulcération laryngée que des spécialistes ont déclaré être absolument au-dessus des ressources de l'art, cette femme n'a reçu de nous qu'un traitement palliatif. Jamais on ne lui a fait de piqûre de Klebs et elle ne doit pas compter dans notre statistique.

Six malades sur dix ont été très améliorés. Chez deux d'entre eux les bacilles ont disparu des crachats; c'est donc deux guérisons, au moins temporaires.

Parmi les quatre autres malades améliorés, la malade du n° 3 et celui du n° 4 présentent une amélioration considérable. Ils ont engraissé, repris des forces et continué à travailler. Mais ils toussent toujours, quoique beaucoup moins. L'examen de leurs crachats permet de constater l'existence du bacille de Koch ; ils ne sont donc pas guéris au point de vue bacillaire.

Enfin trois autres ont éprouvé du traitement une amélioration incontestable, mais moindre que les précédents.

En résumé, sur 10 malades, puisque la femme n° 2 n'a

pas été traitée, 3 présentent une amélioration considérable; 2 même n'ont plus de bacilles dans leurs crachats; 3 autres ont aussi éprouvé une grande amélioration du traitement; reste enfin 3 malades à peu près stationnaires, n'ayant pas suivi régulièrement la clinique ou l'ayant suivie trop peu de temps.

Encore un mot sur le traitement appliqué aux malades de notre clinique. Le médicament principal et presque unique a été l'*iodure d'arsenic* administré presque toujours à la 1re trituration, 25 centigrammes, qui correspondent à 25 milligrammes de substance pour la semaine. Chez quelques uns j'ai prescrit la 3e trituration et même la 6e.

L'iodure d'arsenic est un médicament habituel en homœopathie pour le traitement de la tuberculose. C'est l'un des médicaments qui composent le traitement classique de Martiny dans la phtisie. Ce médecin prescrit un jour l'iodure d'arsenic et le lendemain phosphate de chaux. Ceci est écrit partout et depuis plus de cinquante ans, ce qui n'a pas empêché un médecin de Bordeaux de découvrir l'année dernière les vertus curatives de l'iodure d'arsenic dans la scrofule.

Quant aux injections de Klebs, je rappellerai en peu de mots que je prépare la tuberculine non pyretogène de Klebs en versant goutte à goutte 4 grammes de tuberculine brute de Koch dans 100 grammes d'alcool à 70°. Le précipité blanc recueilli sur un filtre constitue la tuberculine de Klebs. Cette poudre sert à faire une trituration au 100e avec du sucre de lait et c'est un centigramme de cette préparation (un dix-milligramme de la substance) qui, mélangé à 50 centigrammes d'eau stérilisée, est injecté au malade.

Autrefois j'injectais 5 centigrammes de la trituration,

mais j'ai cru observer à la suite de cette dose un léger mouvement fébrile. J'ai aussi une tendance à éloigner les injections; je les fais habituellement tous les huit jours; puis tous les quinze jours; et, quand le malade va bien, tous les mois. La laryngite, les hémoptysies et la fièvre doivent rendre très prudent pour l'emploi de ces injections. Cependant j'ai vu la fièvre cesser après leur usage et je crois qu'on peut tenter ce traitement malgré la fièvre.

Dr P. Jousset.

NOSOGRAPHIE

LA TUBERCULOSE PRIMITIVE DE LA RATE

La tuberculose primitive de la rate n'a pas encore acquis une place à part dans le cadre nosologique : bien des cliniciens actuels des plus distingués et de nombreux anatomo-pathologistes érudits se refusent à accepter les quelques faits récents publiés à ce sujet.

Le doute n'est plus permis cependant après la lecture de ces derniers : ils renferment des observations trop complètes pour l'autoriser. Du reste plusieurs autorités scientifiques, parmi lesquelles Malassez, Scharoldt, acceptent la réalité de la localisation tuberculeuse splénique primitive.

Aussi il nous a semblé utile d'esquisser succinctement la monographie de cette affection que l'on chercherait en vain dans les plus récents manuels ou traités de médecine. On trouvera, à la fin de ce travail, l'indication des prin-

cipaux mémoires auxquels pourra se reporter le lecteur désireux d'étudier plus complètement certains détails, que le manque de place nous force d'indiquer brièvement dans cet article.

Pathogénie. — La rate, volumineux ganglion lymphatique abdominal, peut être infectée primitivement par deux voies : la voie digestive et la voie pulmonaire.

Le tube digestif a été trouvé sain dans presque tous les cas : nous savons cependant, depuis les expériences de Dobroklonsky, que le bacille de Koch peut pénétrer à travers l'épithélium intestinal sans créer forcément à ce niveau de lésions spécifiques. Aussi doit-on supposer que la voie digestive pourrait être applicable à certains cas.

L'appareil respiratoire paraît être plus fréquemment le point de pénétration du bacille : ce dernier peut ne pas laisser traces de son passage, mais plus souvent on observe à l'autopsie des malades de petites lésions cicatricielles, crétacées ou fibreuses, guéries ou pouvant du moins être considérées comme telles, au niveau de la plèvre ou du poumon. Ces lésions, minimes et guéries en apparence, permettent de supposer que l'appareil pleuro-pulmonaire aurait été frappé d'une façon bénigne à une époque ancienne : cependant des bacilles spécifiques en petit nombre ont pu passer dans la circulation sanguine ou lymphatique et être arrêtés dans la rate.

Symptomatologie. — C'est en général au cours d'une bonne santé habituelle, chez un individu adulte souvent sans tare tuberculeuse héréditaire, indemne de syphilis et de padulisme, que l'on voit se développer la tuberculose splénique.

Le début est caractéristique : il se résume dans une sensation de gêne douloureuse siégeant à la partie supérieure de l'hypochondre gauche; le malade ressent à ce niveau une sensation vague de pesanteur exagérée par la compression portant en ce point : c'est ainsi que la pression du corset chez la femme, de la ceinture chez l'homme devient intolérable.

Le décubitus latéral gauche, les efforts brusques accroissent ces sensations douloureuses.

Au bout d'un laps de temps très variable, le malade découvre, d'ordinaire spontanément, l'existence d'une petite tumeur siégeant à l'hypochondre gauche, douloureuse à la palpation : cette tumeur s'accroît assez rapidement et amène le malade à consulter le médecin.

L'examen de l'abdomen fait constater alors une augmentation variable de la région ainsi qu'un élargissement de la partie inférieure de la cage thoracique. Il n'existe ni ascite, ni circulation collatérale, mais l'on constate l'existence d'une tumeur allongée, à grand diamètre vertical, ovoïde ou en forme de croissant à concavité tournée vers l'ombilic, disparaissant en haut sous les dernières côtes au niveau desquelles la percusssion permet de la délimiter, plongeant en bas vers l'épine iliaque antéro-supérieure gauche; à ce niveau il suffit de déprimer la paroi abdominale en frappant de petits coups secs avec le bout des doigts pour percevoir les bords de la tumeur, arrondis et mousses, souvent inégaux : cette exploration révèle également l'aspect le plus souvent bosselé de la surface externe de la tumeur.

La matité est complète dans l'hypochondre gauche; elle se prolonge en arrière jusqu'au niveau du rachis, ou

laisse entre ce dernier et elle une zone de sonorité relative.

L'examen des autres organes est négatif. Il n'existe pas d'adénopathies.

L'examen des urines n'offre rien de particulier : il existe très souvent cependant une petite quantité d'albumine; l'urée présente un taux normal; on ne trouve ni glycose, ni pigments biliaires.

L'aspect de la courbe thermique montre le plus souvent l'existence d'une fièvre à tracé irrégulier, oscillant entre 37° et 39°5, atteignant certains jours 40°, plus élevée le soir.

Telle est la physionomie de l'affection à sa période d'état.

Evolution. Complications. — Au bout d'un temps variable, plusieurs mois, les douleurs diminuent, mais la tumeur ne cesse de s'accroître, bien que cette augmentation de volume ne soit plus aussi sensible qu'au début de l'affection.

Le malade se cachectise ; une dyspnée, parfois très vive, due à une congestion de la base du poumon gauche, peut survenir, s'accompagnant de toux. Plus fréquemment, des vomissements alimentaires,avec ou sans diarrhée,se montrent.

Ces vomissements sont dus à une complication sur laquelle nous reviendrons, l'hypertrophie du foie : dans ce cas, l'estomac, relié par ses mésos péritonéaux d'une part à la rate, d'autre part au foie, se trouve étiré et disloqué suivant son axe vertical, par le fait de l'ampliation des deux organes.

Le malade est amaigri; sa peau revêt une teinte ter-

reuse, parfois légèrement brunâtre ; cette pigmentation peut être plus accusée dans certaines régions. Ce n'est pas une pigmentation d'origine surrénale, car les muqueuses conservent leur coloration normale. Il peut exister une légère teinte subictérique au niveau des conjonctives.

Enfin, le malade succombe sans avoir présenté de phénomènes cérébraux, soit aux progrès de la cachexie, soit en proie à l'asphyxie, soit encore subitement par syncope probablement réflexe.

A aucun moment il n'existe d'hémorrhagies, si fréquentes dans la plupart des affections essentielles de la rate.

La *durée* totale de la maladie est d'un an environ, mais peut atteindre plusieurs années.

Le *pronostic* semble être fatal dans la grande majorité des cas.

Formes : *a*) *Splénomégalie tuberculeuse primitive avec hyperglobulie.* — C'est la variété la plus intéressante : l'examen du sang (qui, dans les affections spléniques, doit être fait, il faut le dire et le répéter) décèle, à la numération, une augmentation considérable du nombre des globules rouges atteignant 6 à 8 millions (au lieu de la normale qui est de 4 à 5 millions). Les globules blancs sont en nombre normal ou bien encore il y a leucocytose.

La forme des globules blancs ne présente rien de bien spécial.

Dans cette variété, on a signalé l'existence inconstante de cyanose : dans ce cas, la dyspnée et la mort par asphyxie sont la règle.

Dans cette forme, il existe également, mais d'une façon

constante, une hypertrophie assez notable du foie, sans déformation de cet organe.

b) *Rate tuberculeuse mobile.* — Cette variété est exceptionnelle, malgré l'affirmation de MM. Quénu et Baudet qui la considèrent comme la règle. Les douleurs alors, loin de diminuer avec les progrès de l'affection, augmentent.

Anatomie pathologique. — On peut trouver plusieurs aspects de la tumeur splénique.

a) *Tuberculomes géants avec sclérose et périsplénite.* — Cette forme est la règle : la rate adhère solidement au niveau de sa partie supérieure au diaphragme, au grand épiploon, au rein gauche. La forme est souvent celle d'un croissant à concavité interne; la surface extérieure de la tumeur est bosselée : ces bosselures varient du volume d'une noisette à celle d'une grosse orange, recouvertes en grande partie par des plaques de périsplénite fibreuse. La couleur extérieure de l'organe est brun grisâtre ou brun jaunâtre.

La tumeur pèse de 1.500 à 3.500 grammes : à la section verticale, elle crie sous le couteau ; la surface de coupe est brun noirâtre, marbrée de masses caséeuses de dimensions variables, crues, arrondies ou polycycliques : ces masses correspondent aux bosselures décrites plus haut.

Le microscope montre des lésions de caséification, de la congestion avec hémorrhagies, une pigmentation diffuse : les cellules géantes sont rares. Il y a disparition des corpuscules de Malpighi, ce qui tend à prouver que le processus tuberculeux débute à leur niveau. On peut observer des points en dégénérescence amyloïde.

b) *Forme à prédominance des lésions nécrotiques, sans*

périsplénite. — Même aspect bosselé que dans l'espèce précédente, mais moins accusé; absence d'adhérences et de périsplénite. Aspect cendré, mais non caséeux des nodules à la coupe.

Les coupes histologiques se colorent mal : elles montrent une sclérose modérée, de rares follicules tuberculeux, de larges zones de nécrose de coagulation.

c) *Variétés à petits tubercules.* — Elle paraît rare ; il n'existe pas de périsplénite. La rate est ferme, mais parfois cependant molle et diffluente. La coupe montre de nombreux petits tubercules disséminés, avec souvent des lésions de congestion.

Les ganglions voisins de la rate subissent toujours l'envahissement tuberculeux.

Le foie, lorsqu'il est hypertrophié, décèle, à l'examen histologique seul, l'existence de petits tubercules disséminés, avec lésions accessoires de sclérose, de congestion, de dégénérescence granulo-pigmentaire, amyloïde ou graisseuse.

Le pancréas, les reins peuvent parfois présenter quelques tubercules ; plus souvent ils sont le siège d'une congestion parfois extrêmement intense et de lésions dégénératives non tuberculeuses.

La recherche des bacilles est souvent négative au niveau des lésions spléniques ; lorsqu'ils existent c'est, en nombre infime. Cela permet de supposer que les bacilles, à un moment donné, ont disparu par une sorte de digestion (1).

---

(1) Rutimeyer a recherché (1885) les bacilles de Koch dans la rate au cours de la tuberculose miliaire généralisée : il a souvent échoué.

Manicatide (1896) n'a parfois pu trouver le bacille tuberculeux

Diagnostic. — Il est en général facile de rapporter à la rate une tumeur siégeant dans la partie supérieure de l'hypochondre gauche ; notons seulement la confusion facile à éviter le plus souvent avec la *pleurésie diaphragmatique* gauche enkystée, le *cancer de l'épiploon*, une tumeur de la paroi antérieure de l'estomac, un cancer de l'angle gauche du colon.

La *ptose de la rate* pure et simple est rare : dans ce cas l'organe n'est pas augmenté de volume.

La grosse rate de la *cirrhose atrophique* s'accompagne d'un foie petit, d'ascite, d'urines à sédiment rose brique, d'antécédents alcooliques ; celle de la *cirrhose de Hanot* d'ictère chronique, avec pigments biliaires dans les urines et absence de décoloration des matières fécales.

La *rate cardiaque*, l'examen du cœur, l'évidence d'anasarque et de phénomènes asystoliques, la présence de battements et d'un souffle systolique au niveau de la rate (inconstants), la feront attribuer à sa véritable cause.

La *rates amyloïde* s'observe chez des enfants atteints d'affection osseuse ou de syphilis héréditaire, dans la cachexie palustre : on a alors le syndrome dit amyloïde caractérisé par une cachexie profonde avec œdèmes, un état marastique avec vomissements et diarrhée, urines pâles et abondantes.

Les *gommes syphilitiques* de la rate sont d'un diagnostic fort difficile que seuls les antécédents, la céphalée nocturne, l'existence d'autres accidents pourront éclairer.

MM. Debove et Bruhl ont décrit une *spélnomégalie pri-*

---

dans les tubercules secondaires de la rate chez des enfants morts de tuberculose à lésions généralisées.

mitive essentielle dont le tableau clinique est semblable à celui de l'*épithelioma primitif* de Gaucher : hypertrophie splénique sans adénopathies ni leucocytose ; début insidieux, suivi de crises douloureuses locales ; anémie progressive avec dyspepsie ; hémorrhagies diverses.

La *maladie de Banti* ne diffère guère en clinique qu'en ce que le foie est atrophié.

Dans la *leucémie* les adénopathies multiples souvent monstrueuses trancheront la question : de même dans l'*adénie*.

La *rate palustre* a une forme orbiculaire en gâteau (Rendu) : les antécédents, la recherche des leucocytes mélanifères dans le sang, pourront en général la faire diagnostiquer.

L'*infarctus* splénique s'observe chez des cardiaques mitraux : une douleur subite locale, l'existence concomitante d'apoplexie pulmonaire, lèveront presque toujours les doutes.

Enfin l'examen méthodique des divers organes révélant un cancer, permettra d'éviter de prendre pour une rate tuberculeuse un *néoplasme* secondaire de la rate.

Il va de soi que chez un tuberculeux avéré, le diagnostic de tuberculose primitive splénique ne pourra être posé.

Traitement. — La seule chose à envisager est l'indication chirurgicale : elle trouvera sa justification dans tous les cas, et ceux-là seuls où le foie ne présentera aucune hypertrophie.

E. Lefas.

Moutard-Martin et Lefas : Tuberc. primit. et massive de la rate (*Soc. Médic. hôpit* 9 juin 1899) ; — Rendu et Widal :

Splénomgalie tub., etc. (*soc. Médic. hôpit.* 2 juin 1899); — Vaquez (*Soc. Méd. hôpit.* 25 janv. 1895 et 16 juin 1899) ; Scharoldt (*Aerzt. Intell. Blatt. Munchen*, 1883, XXX) ; — Quénu et Baudet (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.* mars 1898) ; — Achard et Castaigne (*Soc. Médic. hôpit.* 15 juin 1899) ; — Giuliani (*th. Paris*, 1899).

DIABÈTE PAR INSUFFISANCE CHRONIQUE DU FOIE

Le diabète est dans la plupart des cas une affection goutteuse. Mais comme cette affection est constituée par un ensemble de symptômes et de lésions qui constituent un processus morbide, presque toujours le même, on le décrit habituellement comme une espèce morbide, comme une maladie. Cette manière de comprendre le diabète a quelques inconvénients ; elle habitue trop les médecins à ne considérer que le diabète classique et à négliger d'une part les diabètes à marche rapide entraînant un amaigrissement immédiat et la mort en quelques mois et, à côté de ces cas très rares, des diabètes bénins à marche périodique et qui sont toujours d'un pronostic favorables.

MM. Gilbert et Emile Weil ont donc rendu un véritable service à la nosographie en étudiant et en distinguant une variété de diabète bénin. Cetté variété qui tient à l'insuffisance des fonctions du foie et guérit par l'opothérapie ne se rencontre guère, comme le diabète commun, que chez les goutteux.

MM. Gilbert et Weil exposent avec le plus grand soin les caractères de cette variété du diabète.

Ces auteurs commencent par la description du syndrome urinaire. Peu chargées de sucre, les urines sont en général peu abondantes. Ce sont ces diabétiques qui présentent à l'analyse 2, 4, 6 et 8 grammes de sucre, avec ce caractère tout particulier et propre à cette forme de diabète, c'est que le sucre disparaît complètement ou se réduit à quelques grammes quand le malade est à jeun, pour s'élever à 10, 15 et 25 grammes pendant la digestion. Ainsi, si on se bornait à examiner l'urine des malades seulement le matin, on pourrait parfaitement méconnaître la maladie. Il faut, dans ces cas, faire deux examens : l'un, immédiatement avant le repas, et l'autre, cinq ou six heures après le repas. Les urines de ces malades présentent encore d'autres caractères fort importants pour le diagnostic, c'est la présence de l'indican, quelquefois de l'urobiline et enfin une diminution des proportions normales de l'urée. D'un autre côté, la furonculose, la balanite, le prurit, le prurigo et l'eczéma se rencontrent souvent dans cette variété de diabète. On constate en même temps les manifestations nerveuses habituelles au grand diabète : la somnolence diurne, la fatigue rapide, l'impuissance, l'irrascibilité, la variabilité de l'humeur, et enfin des névralgies à sièges divers. La polydypsie, l'amaigrissement, la tendance aux abcès et aux gangrènes, la tuberculose ne se rencontrent point dans cette variété de diabète.

Le foie ne paraît pas profondément atteint dans cette variété de diabète ; non seulement il n'y a ni ascite, ni développement des veines sous-cutanées abdominales, mais l'augmentation ou la diminution de volume quand elles existent sont très peu marquées, et c'est à peine si parfois on constate un peu d'endolorissement au toucher.

Ces auteurs ont fait deux autopsies de malades atteints de diabète par insuffisance chronique du foie; l'un mort d'hémorrhagie et l'autre, de ramollissement cérébral. Chez ces malades, le foie ne présentait aucune altération macroscopique.

A l'examen microscopique, ils constatèrent qu'il n'existait que des modifications presque insignifiantes: l'architecture normale lobulaire subsistait intacte, les cellules hépatiques étaient saines et se coloraient bien; les seules lésions qu'on pouvait relever étaient, d'une part, une infiltration graisseuse, légère, d'un certain nombre de cellules et, d'autre part, un notable épaississement des parois des artères hépatiques, dont la lumière se trouvait de la sorte sensiblement amoindrie. Les préparations, traitées par la gomme iodée, ne montraient pas une quantité de glycogène plus notable que celles d'un foie quelconque. Les lésions étaient d'ailleurs identiques dans les deux cas.

En résumé, ces deux autopsies ne firent donc découvrir que des altérations tout à fait minimes de la glande hépatique.

Nous ne suivrons pas nos auteurs dans l'étude des hypothèses par lesquelles ils cherchent à expliquer la déchéance fonctionnelle de la cellule hépatique. Nous terminerons cet article par la côté pratique; c'est que la variété de diabète liée à l'insuffisance chronique du foie guérit toujours par l'opothérapie hépatique. 12 grammes d'extrait de foie administrés tous les jours ou tous les deux jours suffisent, sans régime spécial, à la guérison de ce diabète. M. Gilbert ajoute que l'opothérapie hépatique n'est efficace que dans cette forme de diabète, « dont elle constitue la pierre de touche et complète l'autonomie pathologique ».

Dr P. Jousset.

THÉRAPEUTIQUE

DES DANGERS DU MASSAGE OCULAIRE MAL EXÉCUTÉ

Je suis, de longue date déjà, un partisan convaincu du massage oculaire, au sujet duquel j'ai, un des premiers, fait en 1895 une communication au Congrès de la Société française d'ophthalmologie.

A ce moment, le massage oculaire était peu connu, partant peu employé, sinon d'une façon empirique, et les cas où son usage trouvait son indication étaient, en réalité, fort restreints. Depuis, la question s'est élargie, et, définitivement entré dans la pratique, le massage est employé dans de nombreuses affections oculaires où il agit comme modificateur puissant de la circulation et de l'innervation.

Loin donc de renier un agent thérapeutique dont je suis un peu le père, j'ai en lui une confiance de plus en plus grande et le crois appelé à un très bel avenir. Néanmoins (et précisément parce que le massage est très actif), il importe de ne pas le considérer comme un remède inoffensif dont on peut laisser l'application entre les mains du premier venu.

Deux cas tout récents et dont l'un m'est personnel me serviront à le prouver.

Le premier dont je vous demanderai la permission de vous citer un court extrait est tiré de la *Clinique ophthalmologique*, de Jocqs et Darier, du 2 octobre 1899 et a été publié par le Dr Domec de Dijon.

Il s'agissait d'une malade de 73 ans, atteinte de glau-

come qui, systématiquement et à l'exclusion de toute autre opération, fut traitée par le massage.

Sous l'influence de ce dernier, une amélioration très notable s'étant produite, notre confrère crut devoir se départir de la prudence des premiers jours. Je lui laisse d'ailleurs la parole :

« Le 16 juillet je ne fais qu'un massage, mais j'indique à une personne de son entourage la façon de les pratiquer avec la recommandation de ne masser que très légèrement au moment qui doit précéder l'instillation du collyre (à l'ésérine). La malade se trouve si bien de ces massages qu'à son tour elle se masse, sans en rien dire à personne. Elle nous a avoué dans la suite que non seulement elle s'était massée un certain nombre de fois, mais que de petites douleurs étaient survenues après ses massages, contrairement à ce qui se produisait ordinairement, ce qui l'excitait à se masser encore dans l'espoir de les faire disparaître. Elle fait tant et si bien, qu'après vingt-quatre heures d'absence, je la retrouve dans un état de souffrance aigu. J'examine en premier lieu la tension de l'œil qui n'est pas exagérée ; mais dès qu'elle entr'ouvre ses paupières, je vois aussitôt la clef du mystère. A partir du centre et s'étendant sur toute la partie inférieure, la cornée est infiltrée par un exsudat blanchâtre qui se prolonge en forme de colonnette, à travers la chambre antérieure jusqu'au contact du rebord inférieur de la pupille. L'interrogatoire de la malade et de son entourage ne me laisse aucun doute sur la cause de cette complication. L'œil était tout simplement *traumatisé* ; il y *avait eu trop de masseurs*, et aussi *probablament trop de massages*. Redoutant la formation d'un abcès de la cornée, je les supprime aussitôt. Je fais remplacer le collyre à l'ésérine

et à la pilocarpine par une solution plus forte d'un collyre huileux à l'ésérine (0 gr. 05 pour 10 grammes) avec recommandation d'en instiller une goutte toutes les trois heures. J'espérais éviter la formation de l'abcès en interrompant les massages et une nouvelle poussée glaucomateuse par l'instillation du collyre. »

Suit, détaillée, l'observation des progrès obtenus, progrès qui aboutirent enfin à la guérison. Mais le Dr Domec ajoute : « Cette crise si aiguë semble ne pas avoir laissé de traces profondes, malgré l'accident survenu qui, par *lui-même* et par la *deuxième* poussée *glaucomateuse dont il a été la cause indirecte*, aurait pu compromettre gravement le résultat définitif. Cela *nous montre, entre temps, que les massages doivent être pratiqués avec prudence.* »

Au moment même où je prends connaissance du fait ci-dessus, j'en ai précisément un autre sous les yeux depuis une dizaine de jours déjà.

Voici l'observation non achevée, et pour cause, de ce second fait.

Le 23 octobre dernier je fus appelé en consultation par mon confrère le Dr Casabianca, pour aller voir un de ses malades, dont les yeux, depuis quelques jours, lui donnaient de l'inquiétude.

M. M..., âgé de 58 ans, avait eu en 1881 à l'œil droit une attaque de glaucome aigu que mon collègue, le Dr Galezowski traita par une iridectomie supérieure ; l'opération fut d'ailleurs couronnée de succès et, depuis lors, la tension oculaire ne s'est jamais surélevée.

Il y a quelques semaines, le malade ressentit au niveau de la région périorbitaire (surtout du côté droit) de violentes douleurs qui, sans gagner en profondeur, ni dans

l'orbite ni dans le cerveau, s'irradiaient d'avant en arrière et englobaient presque la totalité de la boîte crânienne.

Plusieurs docteurs consultés consécutivement ayant successivement échoué, le malade se rendit à nouveau chez le Dr Galezowski pour savoir si ces douleurs n'étaient pas d'origine oculaire.

Notre confrère examina l'œil droit, le reconnut en parfait état et conclut à des modifications circulatoires et névralgiques de nature rhumatismale.

Un second collègue, consulté après lui, reconnut également que l'œil droit était absolument sain. Par contre, il crut trouver un très légère hypertension de l'œil gauche et *conseilla des massages oculaires.*

Mais au lieu de faire faire la chose par un masseur compétent, la femme de M. M... s'avisa de les lui faire elle-même, et si consciencieusement que le lendemain le malade avait une *inflammation violente de cet organe, la veille encore absolument sain.*

Le Dr Casabianca, appelé alors, se rendant compte de ce qui s'était passé, fit interrompre les massages si intempestivement exécutés et institua une médication antiphlogistique.

Cette dernière restant sans grand effet, et le malade continuant à souffrir, il me fit mander.

Lorsque j'examinai M. M... je trouvai l'œil droit (opéré jadis d'iridectomie) absolument sain, et sans excès de tension. Quant à l'œil gauche, soumis aux massages de Mme M., il présentait, en dehors d'une hypérémie conjonctivale intense, une *irido-choroïde antérieure grave de nature manifestement traumatique*, avec phénomènes d'irritation glaucomateuse.

La cornée est trouble d'aspect, avec pointillé très fin

sur la membrane de Descemet, l'humeur aqueuse, sans être trouble, n'a pas sa transparence normale. L'iris terne, décoloré, est repoussé en avant, ce qui, au premier abord, m'avait fait craindre une luxation traumatique du cristallin venant s'appuyer sur la face postérieure de cette membrane. (Depuis j'ai pu me convaincre qu'il n'en était rien.)

La pupille obstruée par des exsudats inflammatoires présente des synéchies postérieures *paraissant* totales. En tous cas, elle ne réagit plus aux incitations lumineuses et demeure en myosis, inerte et déformée.

A l'examen ophthalmoscopique, les rayons lumineux ne traversent qu'imparfaitement la pupille, le vitréum tout entier participant au trouble d'exsudation de la région ciliaire.

La tension est environ de T + 1 et quant à l'acuité visuelle, elle est réduite à une simple perception lumineuse quantitative.

Le malade n'a pas de douleurs spontanées très vives, mais la pression, même légère du globe, en détermine de suraiguës.

Comme antécédents. le malade (qui en ce moment semble être profondément neurasthénique) ne révèle aucune tare tuberculeuse, cancéreuse ou spécifique. Il n'est pas nettement rhumatisant, et le seul accident oculaire qu'il ait jamais présenté est l'attaque de glaucome dont j'ai parlé plus haut et qui, comme je le disais tout à l'heure, peut être considérée comme complètement guérie.

Il n'y a dans l'irido-choroïdite antérieure survenue à l'œil gauche aucune étiologie sympathique possible. D'ailleurs, douleurs périorbitaires à part, et elles ont con-

servé leur caractère primitif, il n'y avait absolument rien à cet œil gauche la veille du massage.

Quelle que soit la prédisposition qu'ait pu présenter le malade, on est donc autorisé à considérer son irido-choroïdite comme un accident traumatique grave, *imputable au massage* exécuté par Mme M.

Aujourd'hui, 3 novembre, après six jours d'atropinisation forcée, de compresses chaudes répétées, d'onctions mercurielles belladonnées, et de médications internes antiphlogistiques, il reste encore de nombreuses synéchies et un trouble si considérable du corps vitré que c'est à peine si le malade peut compter les doigts à 25 ou 30 centimètres.

On est en droit d'espérer mieux et j'espère que j'arriverai à sauver cet œil, mais il restera, je le crains, une certaine diminution de la vision, sans parler des dangers continuels auxquels exposeront les synéchies si nous ne parvenons pas à les rompre. *Et tout cela par la faute du massage trop brutal exécuté par une main inexpérimentée.*

J'avais donc raison en commençant de mettre en garde contre les dangers qu'à l'occasion peut offrir le massage lorsqu'il n'est pas fait d'une façon rationnelle et prudente par un docteur au courant des susceptibilités oculaires.

D[r] DANIEL PARENTEAU.

L'ANESTHÉSIE LOCALE PAR LA NIRVANINE.

Les accidents, heureusement fort rares, hâtons-nous de le dire, auxquels donne lieu l'emploi des solutions, soit aqueuses, soit huileuses, de chlorhydrate de cocaïne, ont conduit nombre de praticiens à chercher un corps offrant

les mêmes avantages que la cocaïne sans en avoir les inconvénients.

En Allemagne, le professeur Einhorn et le Dr Heinz, de Munich, étudient l'orthoforme (éther méthylique de l'acide p. amido m. oxybenzoïque $C^8H^{10}O^3Az$), produit de synthèse que Bonnard expérimente en France, et qui fut l'objet d'une communication à la Société d'Odontologie, séance du 3 mai 1898 (1).

Son peu de solubilité dans l'eau (1/200 environ) lui fait préférer le chlorhydrate d'orthoforme (solutions aqueuses à 5/100) corps qui semble avoir donné des résultats satisfaisants entre les mains de Bonnard. Ses tableaux d'observations (2) nous donnent 46 anesthésies où nous relevons 23 réussites complètes, 13 cas où la douleur fut peu appréciable, et 10 cas de non réussite. Malheureusement cette combinaison de l'orthoforme à l'acide chlorhydrique est un peu toxique et irritante pour les muqueuses.

L'injection en a été, dans la majorité des cas, suivie d'une sensation douloureuse de brûlure qui l'a fait rejeter dans la pratique. De plus l'on constatait de légères escharres sur la gencive, à la suite de ces injections.

Continuant leurs travaux, Einhorn et Heinz sont arrivés à un dérivé de l'orthoforme, le *chlorhydrate de l'éther méthylique de l'acide diéthylglycocolle-amidooxybenzoïque* ou *Nirvanine* présenté par eux dans un article intitulé : « Suite aux travaux sur l'orthoforme » (3). Il a pour formule ($C^{14}H^{20}O^4Az^2HCl$.)

Ce corps se présente sous l'aspect d'une poudre blanche,

(1) Bonnard, *Odontologie*, 30 mai 1898.

(2) Bonnard, *Odontologie*, 15 juin 1898.

(3) *Munchener Med.*, *Wochenschrift*, n° 49, 1898.

un peu brillante, sans odeur, donnant sur la langue une très légère sensation de chaleur, d'un goût salé d'abord allant ensuite à l'amertume. Très soluble dans l'eau, il l'est également dans les dissolvants ordinaires, mais à un titre bien inférieur. Son point de fusion est 185°.

C'est au Dr Luxemburger, de Munich, que nous devons l'expérimentation clinique de la Nirvanine. Appliquant le procédé de Schleich, Luxemburger a débuté par s'injecter dans la peau de l'avant-bras et de la jambe des solutions soit avec l'eau distillée, soit avec la solution chlorurée sodique physiologique.

En dehors de la piqûre elle-même, ces essais n'ont jamais été douloureux, même avec les solutions concentrées, à condition de procéder à l'*infiltration lente*. Il a remarqué que l'anesthésie ne croissait pas avec le degré de concentration du liquide. Nous lui empruntons le tableau suivant :

A 1/10	0/0,	l'analgésie dure	5	minutes.
1/5	—	—	12	—
1/3	—	—	16	—
1	—	—	20	—
2	—	—	23	—

Les bons résultats obtenus sur lui-même conduisirent Luxemburger à l'employer sur les malades de la polyclinique de Munich à laquelle il est attaché comme assistant. Il a pu, avec la solution à 1/5 p. 100, extirper sans douleur des tumeurs non inflammatoires ressortissant du domaine de la petite chirurgie (kystes sébacés, lipomes, fibromes, etc...).

Avec la solution à 2 p. 100, il parvint à extraire des

corps étrangers, à opérer des ongles incarnés, ouvrir des panaris, sans douleur.

La publication de ces succès (1) a déterminé quelques praticiens à l'employer en odontologie.

Rottemberger emploie la solution à 5 p. 100 dans 164 cas d'extractions. Il accuse (2) 155 succès et 9 demi-succès dus à des circonstances défavorables.

Marcus a expérimenté les solutions à 2 et 3 p. 100 ; la sensibilité, sans être absolument supprimée, a été considérablement diminuée (3).

Bonnard, dans une communication à la Société d'odontologie de Paris (séance du 11 avril 1899 (4) fait connaître ses résultats de laboratoire et de clinique. Ses expériences pour déterminer la dose toxique de ce corps portèrent sur des lapins qui ont été injectés avec des solutions aqueuses de nirvanine à des titres différents.

Dans la première expérience, il a fallu injecter 1 gr. 35 de nirvanine, solution à 10 p. 100, en 1 h. 55 pour amener la mort d'un lapin du poids de 1.350 grammes.

Dans la seconde expérience, on injecte 0 gr. 366 de nirvanine à un lapin du poids de 1.650 grammes sans que celui-ci en soit le moins du monde incommodé. Ce même animal est de nouveau injecté le lendemain. Citons les détails de cette expérience que nous trouvons dans la

(1) *Munchener. Med. Wochenschrift*, nos 1 et 2, 1899.
(2) *Deutsche Zahnarztliche Wochenschrift*, n° 38, 1898.
(3) *Ibid*, n° 39, 1898.
(4) *Odontologie*, 30 avril 1899.

communication à la Société d'Odontologie de Paris faite par Bonnard.

10 h. 33. — Pour cette nouvelle expérience, la dose par kilogramme est portée à 0 gr. 30, soit pour le poids du lapin 0 gr. 05 à 10 p. 100 dans la masse sacro-lombaire droite.

10 h. 38. — Le lapin urine. On recueille l'urine émise.

10 h. 48. — On constate une certaine difficulté dans la marche.

Le train antérieur est d'abord atteint, puis le train postérieur. Le lapin repose sur le thorax, les pattes de devant écartées. Il bave, la salive est visqueuse.

10 h. 51. — Contractions de la masse sacro-lombaire, l'animal reste le dos incurvé avec concavité supérieure pendant quelques instants dans une sorte de contracture. Ces phénomènes cessent et le lapin retombe comme affolé, à plat ventre sur ses pattes de devant toujours écartées. Les mouvements toniques de la masse sacro-lombaire réapparaissent, les 4 pattes se raidissent en extension et à cette phase tonique succèdent des convulsions cloniques.

Cette crise dure environ 30 secondes.

Pendant ce temps la respiration s'accentue, les inspirations atteignent 180 par minute.

Les réflexes cornéens sont conservés, la pupille est normale. Les oreilles sont injectées. L'animal demeure étendu sur le côté, inerte, les pattes allongées ou la tête entre les pattes de devant. Lorsqu'on le change de place, on assiste à une reprise de convulsions, moins intenses et moins longues.

11 h. — En touchant les oreilles pour constater la dilatation de leurs vaisseaux, on provoque une nouvelle crise comme la première, avec phase tonique et clonique.

11 h. 2. — L'animal fait des efforts pour se relever, mais

il reste couché sur le ventre, les pattes antérieures écartées et le train postérieur encore couché sur le côté droit.

11 h. 5. — La respiration se ralentit et tombe à 102 par minute. En se secouant il cherche à se relever, mais il retombe dans la même situation.

11 h. 10. — Sans provocation, il cherche à se relever, la difficulté est grande; malgré tout il ne s'affale plus, et son train postérieur a repris son équilibre stable.

11 h. 17. — Il fait des efforts pour avancer, mais son train postérieur s'y refuse absolument.

11 h. 20. — Il parvient péniblement à changer de place.

11 h. 25. — La marche est encore difficile.

11 h. 35. — Il ne reste qu'un peu de lourdeur dans les pattes de derrière.

11 h. 45. — Le lapin est dans un état normal. Il marche, va et vient dans le laboratoire et, remis dans son panier, il se met à manger.

Observations. — L'urine émise par ce lapin à 11 h. 38, c'est-à-dire 5 minutes après l'injection de 5 cc. de nirvanine, contenait une proportion notable de ce sel.

Enfin deux expériences d'injections à doses massives, la 1re de 0 gr. 25 par kilogramme de lapin, et qui n'amena aucun phénomène d'intoxication, la 2e de 0 gr. 26 par kilog. de lapin, et qui n'occasionna qu'une légère lourdeur du train de derrière, ont amené l'auteur à conclure que la dose toxique de nirvanine étant de 0 gr. 30 par kilog. de lapin serait, pour un homme de 50 kilogs. de 15 grammes, dont le 1/20, soit 0 gr. 75, consisterait la dose maxima de nirvanine à injecter.

La deuxième expérience de Bonnard, que nous avons

reproduite *in extenso*, nous indique la nature des accidents que peut provoquer ce corps lorsqu'il est injecté à des doses trop massives.

Ses résultats cliniques portent sur 44 observations publiées dans l'*Odontologie* du 30 avril 1889. Il conclut dans le sens de Rottemberger et de Luxemburger, en donnant la préférence à la solution à 5 p. 100 dans les opérations isolées, et à la solution à 3 p. 100 dans le cas d'extractions multiples et voisines, où l'on doit employer plusieurs centimètres cubes en injections.

Rottemberger injecta 7 seringues en une seule séance et procéda à l'avulsion de 22 racines, sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient pour le malade.

Quant au temps d'attente entre la dernière injection et l'opération, Rottemberger indique 3 à 5 minutes, Bonnard dit 8 minutes.

Des expériences ont été faites à la clinique dentaire de la Pitié, par MM. Dumont et A. Legrand. Ils ont injecté la solution à 5 p. 100, et indiqué 10 minutes comme temps d'attente (1).

D'autre part Einhorn et Heinz, puis ensuite Luxemburger, ont démontré que la nirvanine jouissait d'une action antiseptique incontestable. Les cultures bactériennes sont détruites par ces solutions qui, restant stériles, peuvent être employées presque indéfiniment à l'usage journalier.

Les résultats obtenus par ces différents auteurs, nous ont conduit a expérimenter la Nirvanine en solutions à différents titres.

(1) *Revue de stomatologie*, juin 1899.

Ces expériences ont été faites dans le service de notre très honoré maître le Dr Aguilhon de Sarran, dentiste à l'hôpital Beaujon.

Je veux adresser, ici, mes bien sincères remercîments a MM. les Drs Fabre et Bion de leur précieuse collaboration en cette occasion. J'adresse également mes vifs sentiments de gratitude à M. le Dr Lafay, pharmacien de 1re classe, médaille d'or des hôpitaux, auquel je dois des solutions parfaites en tous points.

Négligeant les solutions à 1 et 2 p. 100 comme donnant une anesthésie très insuffisante, nous avons commencé à expérimenter la solution à 3 p. 100. Des différentes observations nous conclurons que, sauf un cas, nous n'avons obtenu qu'une anesthésie très superficielle de la muqueuse gingivale. Les extractions de dents ont été douloureuses, aussi avons-nous été conduit à employer la solution à 4 p. 100 faisant varier le temps d'attente entre la dernière injection et le moment de l'opération de 5 à 15 minutes. Nous avons constaté qu'à la 3e minute la gencive ne perçoit plus la douleur provoquée par la piqûre faite à l'aide d'une sonde.

A la 5e minute l'extraction est encore douloureuse. L'anesthésie n'est parfaite que vers la 10e minute et se prolonge encore pendant un temps assez long.

Employant ensuite la solution à 5 p. 100 nous avons obtenu des résultats parfaits qui nous ont fait nous arrêter à ce titre. (*Archives de thérapeutique clinique.*)

A. Arnaud,
Chef de clinique du Dr Aguilhon de Sarran, dentiste des hôpitaux.

ÉCOLE FRANCAISE D'HOMŒOPATHIE

BRONCHO-PNEUMONIE ET PLEURÉSIE

I

La broncho-pneumonie est une affection caractérisée par l'inflammation des petites bronches et des alvéoles; elle se rencontre dans un grand nombre de cas, principalement comme complication de la rougeole et de la coqueluche; sa mortalité est considérable, surtout dans les hôpitaux, à cause de l'encombrement; mon ancien collèque Comby, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux sur la rougeole à l'hôpital Trousseau, a bien établi l'influence de l'encombrement et la malignité toute particulière des broncho-pneumonies soignées dans les hôpitaux.

Les broncho-pneumonies que nous rencontrons en ville sont, en général, moins graves; elles se terminent cependant encore assez souvent par la mort. Eh! bien, le traitement homœopathique nous donne des résultats très remarquables et nous guérissons presque tous les cas que nous avons à soigner. Je ne connais dans ma pratique qu'un seul décès de broncho-pneumonie dans le cours d'une coqueluche.

Avant de vous décrire le traitement homœopathique permettez-moi de vous dire deux mots du traitement allopathique, que j'emprunte à M. Comby et qu'il a publié dans le Traité de thérapeutique appliquée du Dr Albert Robin. Il passe en revue un nombre considérable de

moyens externes et internes, ventouses, cataplasmes, teinture d'iode, vésicatoires, bains froids, bains sinapisés, évacuants, toniques, etc. Nous parlerons seulement de ce qu'il dit des *vésicatoires* et de la *sérothérapie*.

Les vésicatoires nous intéressent toujours parce que dans le monde on nous reproche souvent de ne pas les employer et nous sommes heureux de démontrer que nombre de nos confrères, et non des moindres, y sont aussi opposés que nous. Dans notre conférence sur le traitement de la pneumonie nous avons montré déjà l'opinion conforme du Dr Talamon ; voici ce que dit le Dr Comby à propos du traitement de la broncho-pneumonie. Je lis :

« L'emploi du vésicatoire dans les broncho-pneumonies a été très discuté. Il ne s'agit plus ici d'une révulsion sèche, mais d'une plaie plus ou moins étendue, plus ou moins exposée, pouvant être une cause d'irritation, d'affaiblissement, d'infection secondaire.

« Les inconvénients du vésicatoire, surtout à l'hôpital (furoncles, abcès, lymphangite, diphtérie, gangrène), ont fait renoncer beaucoup de médecins à son emploi. Ceux qui l'ont conservé ont soin de le prescrire petit, de restreindre son application (deux à trois heures), de faire un nettoyage aseptique de la surface cutanée avant et un pansement aseptique de la plaie après l'application du vésicatoire. Ces précautions permettent d'en atténuer les dangers.

« Quand la broncho-pneumonie se présente avec un foyer bien fixe, bien limité, le vésicatoire pourra être indiqué; mais, dans les formes diffuses, suffocantes, congestives, il ne peut avoir aucun effet utile.

« Il faut se garder de l'appliquer surtout chez les enfants très délicats, amaigris, cachectisés ; la peau de ces

sujets doit être scrupuleusement respectée et aucune effraction ne doit y être faite par le médecin.

« Pour ma part, je ne suis pas partisan du vésicatoire dans la broncho-pneumonie. »

La sérothérapie est, au contraire, une médication d'avenir, qui touche à l'homœopathie, puisqu'il s'agit, en somme, de guérir une affection causée par le streptocoque par le sérum antistreptococcique, qui est produit au moyen des cultures de streptocoque. Malheureusement pour la broncho-pneumonie, elle ne paraît pas encore donner tous les résultats qu'on pourrait en espérer. Voici ce que dit le Dr Comby ;

« Le streptocoque jouant un rôle souvent prépondérant dans la broncho-pneumonie, on a pensé que le sérum antistreptococcique préparé par Marmorek, par Roger, essayé avec plus ou moins de succès contre l'érysipèle, la septicémie puerpérale, pourrait avoir un rôle favorable dans certains cas de broncho-pneumonie.

« Un de mes petits malades du pavillon de la rougeole, à l'hôpital Trousseau, atteint d'une broncho-pneumonie des plus inquiétantes et des plus rebelles à la thérapeutique usités généralement, a été injecté par Marmorek avec un plein succès et a pu sortir guéri de l'hôpital, après cinq injections de 5 centimètres cubes chacune. Cet enfant n'avait qu'un an. Une fillette de 2 ans 1/2, atteinte de bronchite capillaire, suite de rougeole, avec 40° de température, a fait, après deux injections de 10 centimètres cubes chacune, une défervescence assez brusque vers le douzième jour. »

Ces renseignements de M. Comby étaient assez favorables, mais il ajoute plus loin : « Depuis que ces lignes ont été écrites, Marmorek a continué ses essais de séro-

thérapie antistreptococcique dans les broncho-pneumonies de la rougeole, avec l'autorisation de mon successeur au pavillon d'isolement, M. Netter. D'après les renseignements qui m'ont été fournis, les résultats sont loin d'être favorables. Il y a donc lieu de faire des réserves sur la valeur actuelle de la méthode. »

Arrivons au traitement homœopathique et passons en revue les différents médicaments avec leurs indications et les doses qui me paraissent le mieux appropriées.

L'*aconit* est indiqué au début par le mouvement fébrile, mais doit céder rapidement la place aux médicaments suivants, lorsque le diagnostic est fait; la teinture mère est la dose le plus souvent employée.

L'*ipéca* produit une toux sèche, quinteuse avec dyspnée, nausées et efforts de vomissement; une toux sèche causée par un chatouillement profond, sous-sternal; une toux amenée par les grandes inspirations; cette toux s'accompagne de douleur à la tête et à l'ombilic, de chaleur au visage et de sueurs. Les lésions relevées dans les expériences sur les animaux sont des lésions de congestion pulmonaire. La dose qui paraît le mieux réussir est la 6e dilution.

La *bryone* est un médicament produisant sur l'homme sain une toux grasse, quinteuse, avec point de côté; dans la conférence sur la pneumonie nous avons donné les symptômes et les lésions de la bryone; nous n'y reviendrons pas aujourd'hui. La bryone s'alterne le plus souvent avec l'ipéca et se donne à la 6e dilution; c'est un traitement véritablement héroïque, qui réussit dans le plus grand nombre des cas. C'est un traitement à essayer par nos confrères allopathes qui voudraient se faire une idée

de l'homœopathie, car la broncho-pneumonie est une maladie souvent mortelle entre leurs mains, presque jamais entre les nôtres, grâce à l'ipéca et à la bryone.

Le *phosphore*, qui nous paraît mieux convenir à la pneumonie franche où nous en avons longuement parlé, est indiqué en première ligne dans la broncho-pneumonie par notre savant confrère R. Hughes. Il convient pour la toux sèche, quinteuse, plus fréquente la nuit, avec douleur d'écorchure dans le larynx et la trachée, avec respiration courte et pénible. Comme pour les médicaments précédents, la 6e dilution est celle qui nous paraît la meilleure.

La *pulsatille* convient après les médicaments précédents, lorsque la toux est devenue grasse ; elle s'emploie seule où alternée avec bryone ou ipéca. Dans ses symptômes pathogénétiques, nous relevons la toux grasse, quinteuse, avec efforts de vomissement, expectoration de matières jaunâtres, épaisses, d'un goût amer. Ce médicament convient lorsque la toux s'accompagne d'une douleur d'oreille ; c'est, du reste, un des plus importants médicaments des otites ; nous employons la 6e dilution.

Tartarus emeticus, *arsenic* et *carbo vegetabilis* s'emploient dans la broncho-pneumonie, absolument dans les mêmes conditions que dans la pneumonie où nous les avons déjà étudiés.

L'*émétique* est donné à la sixième ou à la douzième dilution, lorsque l'expectoration est supprimée ou très difficile.

L'*arsenic* convient dans les formes graves de la broncho-pneumonie, avec dépression des forces, aspect général grave, fièvre intense ; il s'administre à la troisième trituration ou à la sixième dilution, soit seul, soit alterné

avec bryone ou ipéca, soit lorsque l'état devient très grave avec le *carbo vegetalis*, que nous donnons à la trentième dilution.

En résumé, le traitement de la broncho-pneumonie comporte huit médicaments principaux, dont les indications sont bien établies ; *aconit* au début, *ipéca* et *bryone* dès que la maladie est constatée, ces deux médicaments suffisant le plus souvent à la guérison. S'il ne réussissait pas, on donnerait *phosphore*, si la toux est sèche ; *pulsatilla*, si elle est grasse ; *tartarus*, si elle est grasse sans pouvoir expectorer ; enfin *arsenic* et *carbo* si l'état devient grave.

II

Arrivons maintenant au traitement de la pleurésie, que nous avons voulu vous exposer après celui de la pneumonie et celui de la broncho-pneumonie, parce que, contrairement à notre pratique dans ces deux maladies, nous administrons dans la pleurésie des médicaments à doses pondérables et même à doses fortes; ce qui démontre que nous employons les doses qui nous paraissent devoir convenir à la malade à traiter, fortes si l'expérience clinique nous en a démontré la supériorité, infinitésimales, si nous savons qu'elles doivent mieux réussir. Nous ne sommes pas enfermés dans les limites restreintes d'une posologie obligatoire.

Nous ne nous occuperons ici que de la pleurésie séro-fibrineuse.

Avant de vous exposer le traitement homœopathique de la pleurésie, nous allons critiquer devant vous le traitement allopathique et en particulier, le vésicatoire.

Voici comment notre ancien collègue, Hip. Martin, commence l'exposition du traitement médical de la pleurésie séro-fibrineuse dans le Traité de thérapeutique appliquée de M. Albert Robin.

« On a beaucoup écrit sur le traitement de la pleurésie et on écrira beaucoup encore. De temps en temps, nous verrons surgir quelques indications nouvelles. Pourquoi? parce que son véritable traitement médical est encore à trouver. »

M. Martin passe en revue les diverses méthodes, en commençant par la méthode antiphlogistique, dans laquelle nous trouvons la *saignée* très recommandée par Laënnec et par Bouillaud qui « du 1er avril au 31 décembre 1836, a soigné vingt et un malades atteints de pleurésie aiguë et subaigus, sur le quel un seul est mort. » La saignée coup sur coup, telle que la pratiquaient Laënnec, Bouillaud et leurs contemporains, a fait son temps. Aujourd'hui, on n'emploie plus que les ventouses scarifiées au niveau du point douloureux lorsqu'il est violent.

M. Martin arrive ensuite au *vésicatoire*, et avant de donner son opinion, nous allons ouvrir une parenthèse pour reproduire des passages d'une communication du Dr Huchard, à la Société de thérapeutique (31 mai 1896), sur la grandeur et la décadence du vésicatoire.

Van Helmont regarde les vésicatoires comme très nuisibles et inventés par un esprit diabolique.

Van Swieten n'emploie les vésicatoires dans la pleurésie qu'à la chute de la fièvre et contre la douleur quand elle est excessive; il les accuse de « vicier les humeurs et de favoriser la purulence de l'épanchement ».

Louis, en 1829, dit: « Sous quelque point de vue qu'on envisage les vésicatoires, on n'y trouve que des inconvé-

nients, sans aucun des avantages qui pourraient les contrebalancer. »

Pour Archambault: «Ma conviction est absolument faite sur la mauvaise influence des vésicatoires dans un très grand nombre de cas ; et, d'une manière plus concise, je ne suis pas sûr de leur avoir jamais vu faire du bien, mais je suis bien certain qu'ils ont souvent fait beaucoup de mal. »

Après avoir signalé seize observations de mort par suite du vésicatoire, M. Huchard dit qu'il est contre-indiqué dans toutes les maladies infectieuses et fébriles : 1° parce qu'il peut être le point de départ d'infections secondaires; 2° parce qu'il diminue la quantité des urines; 3° parce qu'il peut devenir le point de départ de troubles du côté du rein ou de la vessie.

Au point de vue qui nous occupe spécialement aujourd'hui, M. Huchard ajoute : « Dans les pleurésies, jamais de vésicatoires au début, ni dans son cours, ni même à la fin; car alors, ils peuvent entraver l'action chirurgicale qui, faite dans de mauvaises conditions d'antiseptie, au niveau d'une plaie en suppuration, peut transformer une pleurésie simple en pleurésie purulente, comme on en a cité des cas. Les pleurésies sont souvent fonction de tuberculose, comme l'a démontré Landouzy. Alors, à quoi bon la vésication ? Il ne peut rien contre l'épanchement liquide. »

Pour en revenir à l'article de M. Martin, il le conseille au début, pour une vaso-dilatation des capillaires cutanés : « Un vésicatoire, *qui a bien pris*, selon l'expression consacrée, donne un écoulement de lymphe souvent très abondant et qui persiste pendant deux, trois ou quatre jours, surtout si l'on fait usage de pommades irritantes, et cette lymphorrhagie suppose une vaso-dilata-

tion capillaire cutanée considérable et de longue durée. Ce n'est évidemment pas le liquide intra-pleural que l'on retire ainsi, selon la croyance vulgaire; mais cette vive inflammation substitutive peut empêcher l'épanchement de se produire ou aider à sa résorption, surtout dans ces pleurésies à variations faciles et fréquentes dont le type est la pleurésie rhumatismale. »

Cependant, M. Martin n'est pas bien favorable à l'emploi du vésicatoire puisqu'il dit plus loin : « A une période plus avancée de la maladie, au huitième ou dixième jour, alors qu'il y a 1.000 ou 1.500 grammes de liquide dans la plèvre, il est très généralement admis que le vésicatoire est inutile et qu'il peut même augmenter l'épanchement. De fait, dans le cours d'une pleurésie aiguë *primitive*, à évolution rapide, il est plutôt temps d'envisager l'indication de la *thoracentèse*, au lieu de s'attarder à une révulsion dont les résultats sont fort douteux. Et cependant, même à cette période, s'il s'agit d'une pleurésie bien franchement rhumatismale, et si nous ne craignons pas d'imposer une douleur nouvelle à un malade déjà trop surexcité par la vivacité des douleurs articulaires, nous ne considérons pas le vésicatoire comme formellement contre-indiqué.

« Enfin, au troisième ou quatrième septenaire, lorsque la fièvre est tombée, lorsque l'épanchement reste stationnaire, faut-il avoir recours à la révulsion cantharidienne? Certains cliniciens, qui la repousseraient plutôt aux périodes précédentes, la considèrent comme mieux indiquée à cette période d'état. — C'est, selon nous, la période où son action est la moins évidente. »

Vous voyez combien M. Martin est peu enthousiaste du vésicatoire ; vous voyez quelles divergences d'opinion ; pour les uns il est bon au début, pour d'autres à la fin ;

nous assistons à la décadence du vésicatoire et si les choses continuent à marcher, nous verrons disparaître cette application de la méthode révulsive, que nous avons délaissée les premiers, ce qui nous a été si souvent reproché.

En somme, en dehors de la thoracentèse dont nous vous parlerons après avoir exposé notre traitement, le traitement allopathique de la pleurésie n'existe pas.

Les principaux médicaments homœopathiques, ceux dont nous vous parlerons ce soir sont l'*aconit*, la *bryone* et la *cantharide*, au début et pendant la période d'état, l'*hepar sulfuris*, l'*arsenic*, l'*iode* et le *senega* dans la période terminale et dans la pleurésie chronique.

L'*aconit* produit sur l'homme sain un mouvement fébrile intense, avec pouls fort, plein, face rouge ; une toux sèche, petite, incessante ; de la dyspnée, un point de côté; parmi les lésions relevées à l'autopsie des animaux empoisonnés par l'aconit, on a relevé des épanchements séreux dans la plèvre. Autrefois l'aconit n'était employé qu'au début de la pleurésie et dirigé comme le mouvement fébrile principalement ; aujourd'hui nous l'employons avec succès lorsque la maladie est confirmée, surtout lorsqu'il y a une fièvre violente ; nous donnons la teinture mère, vingt gouttes par jour environ.

Comme nous l'avons vu à propos de la pneumonie, la *bryone* produit une toux fréquente, s'accompagnant de dyspnée, avec respiration courte et précipitée, avec un *point de côté très violent*, qui augmente par la toux, la respiration et le mouvement ; comme lésion, on a trouvé dans les empoisonnements l'injection très marquée des vaisseaux sanguins de la plèvre chez le lapin et le chien ; et même un peu d'épanchement sanguinolent. La bryone était

autrefois le remède le plus souvent employé par les homœopathes ; aujourd'hui nous le réservons surtout aux cas dans lesquels le point de côté est violent et prime les autres symptômes. Contrairement à ce que nous faisons pour la pneumonie et la broncho-pneumonie, où nous employons des doses infinitésimales, nous donnons dans la pleurésie la teinture mère à la dose de dix à vingt gouttes par jour. Vous voyez que nous ne sommes pas des systématiques au point de vue des doses et que nous employons celles que l'expérience clinique nous a indiquées comme les meilleures.

Le *cantharide* est pour les homœopathes français le médicament le plus indiqué dans la pleurésie fibrineuse avec épanchement. Voici les indications que nous pouvons tirer de la toxicologie et de l'étude du médicament sur l'homme sain ; comme lésions : rougeur et injection de la plèvre après applications réitérées de vésicatoires, chez les chiens; dans un empoisonnement causé par la poudre d'une cantharide, le *meloe proscarabeus*, on a trouvé 100 grammes d'un liquide sanguinolent dans la plèvre ; les symptômes produits par la cantharide sont des accès fréquents d'une petite toux sèche, causée par un chatouillement et s'accompagnant d'une dyspnée intense avec respiration laborieuse et accélérée. Comme dose, nous donnons la 3e dilution, mais nous descendons facilement à la 1re, à la 1e décimale et même à quelques gouttes de teinture mère, si l'épanchement résiste.

En somme, au début et à la période d'épanchement nous donnons *aconit*, si le mouvement fébrile est violent, *bryone*, si le point de côté est intense, et nous sommes amenés quelquefois à alterner les deux médicaments si nous avons à couvrir les deux indications; nous donnons

cantharis, lorsque le mouvement fébrile est peu intense ou nul, le point de côté peu accusé.

Plus tard, si l'épanchement ne se résorbe pas ou s'il se résorbe lentement, nous choisissons un des suivants : l'*hepar sulfuris*, qui produit une toux grasse, de la dyspnée et qui est surtout indiqué par l'*usus in morbis* dans les pleurésies passant à l'état chronique, et même lorsque l'épanchement devient purulent ; c'est un médicament qui donne souvent de bons résultats ; nous employons la 3e ou la 2e trituration.

L'*arsenic* a commes symptômes pathogénétiques une toux fréquente, ordinairement sèche, un état de prostration avec tendances aux syncopes ; il est employé dans le même cas qu'hepar sulfuris et souvent est alterné avec lui. Il est aussi indiqué dans un accident de la pleurésie, la syncope ; nous l'employons à la 6e dilution ou à la 3e trituration.

Après ces deux médicaments, dans la pleurésie chronique on aura recours à l'*iodium* et à *senega*. Dans la pathogénésie de l'iode, nous trouvons la toux sèche, creuse, brève avec élancements dans la poitrine ; de fortes doses d'iodure auraient produit des épanchements pleurétiques ; le Dr R. Hughes le recommande beaucoup dans la pleurésie chronique ; nous donnerions la 3e, la 2e ou même la 1re dilution.

Senega qui a été très prôné dans la pleurésie chronique par Gallavardin, a souvent réussi dans notre pratique ; nous donnons la 6e ou la 3e dilution.

Il y a bien encore un certain nombre de médicaments homœopathiques qui pourraient être indiqué dans certains cas particuliers, mais les sept médicaments précédents répondent aux principales indications.

Nous devons, pour être complet, vous dire un mot des indications de la thoracentèse ; pour les allopathes, la thoracentèse est le principal moyen curatif et ils l'emploient très fréquemment, dès que l'épanchement a une tendance à ne pas disparaître promptement. Pour nous il y a deux indications principales, la menace d'asphyxie et la très longue durée de l'épanchement ; j'ajouterai que nous avons très peu souvent l'occasion de l'employer. Pour ma part, en seize ans de pratique, je n'ai pas eu une seule fois besoin d'y recourir, les médicaments, dont je vous ai donné plus haut les indications, m'ayant toujours suffi pour amener la disparition de l'épanchement.

Ajoutons que le séjour au lit, pendant toute la durée de l'épanchement, nous paraît absolument nécessaire ; nous nous mettons ainsi dans une meilleure condition pour obtenir la résorption de l'épanchement et pour éviter la syncope et la mort subite qui peut survenir dans le cours de la pleurésie, surtout lorsque l'épanchement siège à gauche et est un peu abondant.

Comme alimentation, la diète lactée est le régime de choix.

Dr Marc Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

De l'ipécacuanha comme hémostatique. Une découverte sensationnelle de M. Onimus.

Si on nous annonçait aujourd'hui qu'on vient de découvrir l'Amérique ou la poudre à canon, qu'est-ce que nous penserions de l'état d'esprit de semblables inventeurs.

Eh! bien, la découverte de M. Onimus n'est pas moins faramineuse. Ce médecin nous apprend que l'ipéca est un médicament très efficace dans les hémoptysies, dans les métrorrhagies, et en général dans toutes les hémorrhagies. Ce médecin ne s'est pas borné à exposer si simplement sa découverte. Il a pris un chemin détourné pour y arriver. Il nous rapporte qu'un jeune poitrinaire n'aurait rien trouvé de mieux, pour arrêter des hémoptysies auxquelles il était sujet, que de courtes promenades en mer qui déterminaient chez lui un état nauséeux. Ce fait, sans critique et sans authenticité, qui n'est qu'une anecdote, est pour M. Onimus un trait de lumière. Il trouve là l'explication de l'action antihémorrhagique de l'ipéca.

Mais hélas! l'explication n'est pas plus neuve que la constatation des propriétés antihémorrhagiques de l'ipéca. Presque tous les médecins ont essayé d'expliquer l'action antihémorrhagique de l'ipéca, soit par l'action du tannin qui n'existe qu'à l'état de traces (1) ou par l'action nauséeuse, comme le fait M. Onimus. Nous ferons remarquer que ce médecin administrait chaque soir à la femme qu'il a guéri d'une métrorrhagie, 1 *centigramme* de poudre d'ipéca, ce qui n'a jamais constitué une dose nauséeuse.

Nous trouvons que c'est un tort de traiter la matière médicale et la thérapeutique avec une semblable légèreté. Il faut au moins être au courant de l'enseignement classique, si on ne veut pas s'exposer à faire des découvertes par trop naïves.

Si M. Onimus avait ouvert, je ne dis pas Hahnemann (on l'ouvre bien quelquefois, mais on se garde de le dire)

(1) Analyse de Pelletier : matières grasses 2, émétine 16, cire végétale 6, gomme 10, amidon. 42, ligneux 20, *acide gallique* des traces.

mais l'*Apparatus medicaminum* de Murray, il eut vu que c'est Manget qui, le premier, a appliqué l'ipéca au traitement des hémorrhagies, par analogie avec l'action de l'ipéca dans le traitement de la dysenterie hémorrhagique.

Baglivi, mis au courant par Manget, déclare l'ipéca un remède infaillible dans les hémorrhagies.

Horn, dans sa *Botanologia medica*, indique l'ipéca contre le flux immodéré des règles.

Barbeyrac, dans *Medicamentorum constitutio,* conseille l'ipéca dans les grandes hémorrhagies, dans le flux immodéré des mentrues ou des hémorrhoïdes, dans l'hémoptysie.

Géanella, dans sa thèse recommande l'ipéca comme le meilleur et le plus sûr des remèdes dans les hémorrhagies pulmonaires et utérines.

Vogel signale les mêmes propriétés de l'ipéca dans sa matière médicale.

Dalberg, médecin suédois, appliqua l'ipéca, *à dose nauséeuse,* au traitement des métrorrhagies.

Faut-il citer encore Vicat, Tode, Meyer, Aazheim, de Meza et Carminati, Holtz, Zengerle, Wenzel et Mappes, Osborn, Thierfeldern, Trénor, Higgen, Bottom et tant d'autres, sans parler de Trousseau et de Graves?

Comprend-on la valeur de la communication de M. Onimus à la Société de Biologie, après les travaux qu'il semble ignorer ou tout au moins dont il ne parle pas, de tous les grands médecins que nous venons de citer? Il me semble qu'à notre époque où la matière médicale expérimentale est tout particulièrement étudiée par des milliers de médecins, il serait sage de réfléchir à deux fois, avant de venir faire part au monde savant d'une conception très insuffisamment étudiée et qui vous produit le mirage

d'une découverte. Avant de toucher à des sujets aussi difficiles, il faudrait réfléchir que depuis cent ans la matière médicale est étudiée expérimentalement, que les médecins qui poursuivent cette étude sont des savants, ce qui veut dire qu'ils sont au courant des connaissances renfermées dans la tradition sur les médicaments, et que vouloir parler devant ces hommes de choses qu'on connaît mal, c'est s'exposer à découvrir l'Amérique à la fin du XIXe siècle.

Et, maintenant, pourquoi l'ipéca guérit-il les hémorrhagies ?

Nous avons vu que l'explication par le tannin de l'action antihémorrhagique de l'ipéca n'avait aucune base, puisqu'il existe à peine des traces d'acide gallique dans la poudre d'ipéca. J'ajouterai que l'*émétine*, principe actif de l'ipéca, ne contenant aucune substance étrangère, agit comme la poudre d'ipéca.

Mais l'opinion la plus répandue est celle qui explique l'action antihémorrhagique de l'ipéca par son action vomitive ou nauséeuse. Nous ferons à cette explication une seule objection, mais elle est péremptoire parce que c'est une objection de fait.

Sans compter l'observation de M. Onimus, qui donnait à sa malade 1 centigramme de poudre d'ipéca par jour, dose non nauséeuse, je pourrais citer des milliers d'observations où les hémorrhagies ont été arrêtées par des centièmes, des millièmes et des millionièmes de centigrammes d'ipéca.

Pourquoi donc l'ipéca guérit-il les hémorrhagies ?

L'ipéca guérit les hémorrhagies, parce que c'est un médicament qui produit les hémorrhagies.

Sans vouloir traiter cette question à fond dans ce

moment, je rappellerai que Homberg, Geoffroy, James, Scott, Murray et Martius ont signalé des hémoptysies causées par l'ipéca. Lémery, Geoffroy, Scott, Murray et Martius rapportent des observations d'épistaxis dues à l'ipéca. Scott signale des hématuries.

D'où nous concluons que l' péca guérit les hémorrhagies chez le malade, parce qu'il les produit chez l'homme sain. *Similia similibus curantur.*

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

I. Les badigeonnages de gaiacol comme moyen de diagnostic de la tuberculose et de la malaria chez les enfants. — II. Abcès du foie chez l'enfant. — III. Des tractions rythmées de la langue dans le cas de mort apparente. — IV. Tumeur de la vessie. — V. Époque a laquelle il faut faire les vaccinations dans les pays chauds.

I

M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro). — Le diagnostic de l'infection palustre d'avec la tuberculose est quelquefois très difficile chez l'enfant. L'examen du sang n'est pas toujours facile et il donne des résultats insuffisants. De ce qu'on n'a pas trouvé de parasites de Laveran, on ne peut pas conclure à l'absence de malaria.

L'action antithermique du gaïacol synthétique employé sous forme de badigeonnages cutanés, très active et très prompte contre la fièvre de la tuberculose, reste, presque sans exception, nulle dans les cas de fièvre palustre. Cette diversité d'action du gaïacol lui prête une valeur incontestable pour éclairer le diagnostic différenciel entre la tuberculose et la malaria aiguë. Dans un cas douteux si le gaïacol n'abaisse pas la température, on peut diagnostiquer presque certainement une fièvre palustre et l'action favorable du traitement quinique vient confirmer le diagnostic ainsi posé.

II

M. Moncorvo rapporte l'observation d'un abcès du foie d'origine traumatique guéri par l'ouverture au bistouri, selon la méthode de Little. Ces abcès sont très rares chez l'enfant. Il n'y en a pas une centaine de cas de publiés.

III

M. Laborde relate 13 nouveaux cas de rappel à la vie par son procédé. Les tractions ont dû être continuées pendant une période variant de dix minutes à une heure. Ce procédé a donné un résultat également très net dans un cas d'asphyxie par le gaz d'éclairage.

Pour obtenir un résultat il faut quelquefois continuer les tractions pendant très longtemps. *Trois heures* semblent être la limite extrême, de par la démonstration expérimentale confirmée par les résultats pratiques. Dans le cas d'asphyxie toxique, il est très important de continuer à surveiller le malade de près pour recommencer les tractions à la moindre alerte.

IV

M. Bœckel rapporte deux observations personnelles de tumeur de la vessie. Dans les 2 cas, il s'agissait de ce que les histologistes appellent le cancer villeux. Il serait plus juste de les appeler papillomes, car ces tumeurs sont bénignes. Cliniquement elles se sont manifestées par des hématuries et des douleurs en urinant. Chez les 2 malades l'opération fut facile et il n'y a pas eu de récidive depuis trois et cinq ans.

V

M. *Loix, de Tunis.* — Une chaleur trop forte ou trop prolongée (41° pendant douze heures ou 30° pendant quarante-huit heures) atténue la virulence d'une pulpe vaccinale primitivement bonne. Dans les pays chauds, en Tunisie en particulier, il faut s'abstenir de vacciner de juin à novembre; car on s'expose à avoir du vaccin de virulence atténuée et à n'obtenir que des résultats négatifs.

Dr Humeau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. Herpès généralisé, symétrique, consécutif a une intoxication par les moules crues. — II. Anévrysme de la crosse de l'aorte, saillant dans la région pectorale gauche.

I

(*Séance du* 13 *octobre.*) — M. Rendu lit une très intéressante observation dont nous reproduirons la plus grande partie.

Il s'agit d'un homme de 45 ans entré à l'hôpital Necker pour une éruption survenue l'avant-veille.

Cette éruption, très confluente à la face, plus discrète sur le tronc et les membres, est caractérisée par des groupes de vésicules reposant sur une base érythémateuse d'un rouge vif. Au point où elles sont serrées et nombreuses, la peau est gonflée et tendue : il existe un véritable œdème sous-jacent. De là une bouffissure de la face qui, au premier abord, fait songer à la variole. Mais il suffit d'examiner la distribution de l'éruption et ses caractères objectifs, pour voir qu'il s'agit d'un herpès d'une nature particulière, très confluent, et ayant les allures d'une sorte de zona généralisé.

En effet, les éléments vésiculeux sont disposés par îlots ; tantôt, comme à la face, ils sont tellement serrés qu'ils se touchent et forment une surface phlycténulaire : tantôt ils sont discrets et rares. Entre ces groupes se voient des vésicules isolées, ou réunies en petits foyers de deux ou trois vésicules. Toutes sont transparentes, renfermant une sérosité limpide et nullement purulente. Sur quelques-uns des groupes, l'élément vésiculeux ne s'est pas encore produit, et la lésion se borne à une petite élevure d'un rouge vif, sorte de papule destinée à se couronner d'une vésicule. Aucune de ces élevures ne repose sur une base indurée comme les véritables pustules. C'est donc une éruption nettement herpétique, dont les éléments sont tous à peu près contemporains et qui pourait avoir atteint son apogée.

La distribution des groupes d'herpès est très remarquable. C'est à la tête, sur la face, le long du pavillon des oreilles, à la nuque et sur les parties latérales du cou, qu'ils sont le plus abondants.

Les joues et le pourtour des yeux en présentent un grand nombre; ils font, au contraire, complètement défaut, sur la région du menton, à la partie antérieure du cou, et sur le bord libre de la mâchoire inférieure ; il n'est pas sans intérêt de remarquer que cette région est celle qui est presque toujours respectée dans l'érysipèle de la face.

Sur le tronc, l'éruption se présente avec une symétrie d'ensemble très remarquable.

De chaque côté du sternum, au-dessous des sterno-mastoïdiens, se voient deux groupes de vésicules confluentes. Deux autres groupes symétriques occupent la partie antérieure de la région deltoïdienne et les pectoraux au voisinage du mamelon. Au-dessus de cette région, la peau redevient saine, et on ne voit reparaître des groupes herpétiques que sur les flancs, de chaque côté de l'ombilic.

Sur le dos, l'éruption offre également une symétrie complète. Deux groupes parallèles descendent le long du rachis, au niveau de l'insertion du rhomboïde de chaque côté. Deux autres groupes occupent les parties latérales de la région lombaire, et un groupe très confluent s'étend sur la région sacrée.

Dans toute la région dorsale, les îlots herpétiques correspondant à la moitié gauche du corps sont plus confluents que ceux du côté droit : pareille différence se retrouve pour les groupes qui siègent sur la partie antérieure du thorax et sur l'abdomen.

Aux membres, même symétrie.

Deux groupes de vésicules descendent de chaque côté de l'insertion du V deltoïdien, et deux autres occupent le voisinage du coude, sur la partie postérieure du bras.

Un groupe similaire se voit sur la partie moyenne et interne de l'avant-bras. Les poignets et les mains sont indemnes de toute éruption.

Aux membres inférieurs, l'exanthème est beaucoup plus discret. Sauf sur les fesses et le haut des cuisses, en arrière, où existent des groupes importants, il n'y a plus que des vésicules erratiques sur la région antérieure de la cuisse. Les jambes et les pieds sont épargnés par l'herpès.

Les troubles fonctionnels produits par cette éruption sont relativement peu accentués. Le malade éprouve une sensation de cuisson et de brûlure, qu'il compare à celle d'un vésicatoire, surtout aux points qui sont exposés à des contacts et à des frottements. Mais il n'y a pas d'élancements ni de douleurs spontanés irradiant au niveau des régions irritées, différence capitale avec ce que l'on observe dans le zona; il n'y a pas de phénomènes névralgiques. De même, la pression ne provoque que de la cuisson, sans éveiller de douleurs irradiées. Au repos et à l'abri de tout contact, l'éruption est complètement indolente.

La fièvre est peu marquée, pourtant la température est un peu plus élevée qu'à l'état normal, et se tient aux environs de 38 degrés. Le sommeil est médiocre à cause de la sensibilité de la peau. Il n'y a ni mal de tête, ni stupeur; l'appétit est faible, mais pas nul; la langue un peu sale.

L'examen de la sensibilité locale de la peau, au niveau des groupes d'herpès, n'indique qu'un certain degré d'hyperesthésie; nulle part l'aiguille ne rencontre de points anesthésiques si communs dans les vrais zonas. Il s'agit

donc bien d'un herpès, symétrique, généralisé, sans phénomènes névralgiques concomitants.

L'intérêt de cette éruption réside surtout dans son étiologie. Cet homme n'a jamais eu d'affections de la peau ; il n'a pris aucun médicament capable de produire une éruption. Le mardi 4 octobre, à son repas du soir, cet homme a mangé plus d'un litre de moules crues. Il n'est pas incommodé sur le moment ; néanmoins il dort assez mal et se réveille le lendemain matin un peu mal en train. Il va à son travail, et, dans l'après-midi, est pris de frisson et de fièvre. Il rentre chez lui, ne dîne pas, se couche et transpire abondamment la nuit. Le lendemain matin, il se lève courbaturé, mais sans fièvre, et il tente de reprendre son travail. Un nouvel accès de fièvre semblable à celui de la veille le reprend, avec frisson, chaleur, sueur et inappétence. Il se décide à rester le lendemain vendredi chez lui. Ce jour-là, il ne se produit plus d'accès fébrile, mais une courbature générale avec douleurs dans les jambes et dans les reins.

Le samedi, il éprouve un peu d'ardeur à la peau et quelque cuisson ; dans la soirée, la figure devient rouge et chaude, quelques taches rouges commencent à se montrer sur le cou et les oreilles. Dans la nuit du samedi au dimanche, l'éruption fait des progrès ; le lendemain matin, la figure est tuméfiée et l'éruption se généralise à la face, au tronc et aux membres. Dès le soir, les vésicules commencent à se former. C'est alors qu'il se fait conduire à l'hôpital, environ trente-six heures après le début de la poussée éruptive.

M. Rendu penserait, à cause de la distribution symétrique de l'éruption, que l'agent toxique produit cette éruption par l'intermédiaire du système nerveux.

M. Mosny, du Castel et Le Gendre croient bien qu'il s'agit là d'accidents causés par les moules mais ils pensent qu'il y a lieu de distinguer deux sortes d'accidents consécutifs à l'ingestion des moules ; les uns, les plus connus, dus à une intoxication par un poison contenu dans le corps des mollusques ; les autres dus à des microbes provenant de l'eau dans laquelle ont vécu les mollusques.

A propos des accidents propres aux mollusques eux-mêmes, M. Le Gendre est frappé de l'extrême différence de réaction des individus qui ont mangé des moules de même provenance. Cette différence, qu'on a étiquetée idiosyncrasie, est peut-être uniquement due au fonctionnement variable des organes destructeurs et éliminateurs des poisons. Les sujets qui sont empoisonnés par un plat de moules dont d'autres personnes ont mangé impunément ont une tare plus ou moins latente du tube digestif, du foie ou du rein.

« A l'appui de cette opinion, je citerai le fait suivant. Je soignais dans mon service un malade pour une cirrhose hépatique, de la catégorie de celles qui ont une marche lente, coupée par des trêves plus ou moins prolongées suivant la sévérité du régime, et ce malade était depuis assez longtemps en bonne voie. L'ayant vu la veille dans un état satisfaisant, je le trouve un matin agonisant, dans un état comateux et couvert d'un érythème ortié diffus. La veille, il avait mangé des moules, comme plusieurs de ses voisins ; parmi ceux-ci, les uns n'éprouvèrent aucun symptôme, d'autres eurent de légers troubles digestifs.

« Mais lui fut pris de vomissements et d'une diarrhée incoercible, d'une dyspnée intense tenant sans doute à de l'urticaire bronchique, puisqu'en même temps apparaissait l'urticaire cutanée ; en quelques heures s'établissait

un coma mortel. Il m'a semblé parfaitement logique d'admettre que la gravité exceptionnelle de cette intoxication par les moules dépendait du mauvais état du foie devenu trop insuffisant dans son rôle antitoxique. »

Nous pourrions peut-être essayer, pour combattre certaines urticaires et certains herpès confluents, de faire préparer la moule d'après les principes de notre pharmacopée; les résultats produits par l'écrevisse dans l'urticaire doivent nous encourager à faire des essais dans ce sens.

II

(*Séance du 20 octobre.*) — M. Souques présente à la Société un homme de 47 ans atteint d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, remarquable par un siège exceptionnel et des ictus syncopaux particuliers.

Cet homme, entré le 25 septembre à l'hôpital Cochin, fait remonter sa maladie au mois de février, où elle débuta par des douleurs, de la dyspnée et de la toux.

Les douleurs siégeaient dans la partie supérieure gauche de la poitrine, dans l'épaule du même côté et dans le bras gauche (sur la face interne du bras depuis l'épaule jusqu'au coude). Elles étaient lancinantes, continuelles, tolérables. Cependant leur durée continue sans rémission finit par importuner le malade, troubler son sommeil et gêner les mouvements du bras. Plus ou moins fortes, suivant les jours et les variations atmosphériques, elles devenaient parfois très vives, sans jamais rappeler les crises de l'angor. Elles ont persisté jusqu'ici sans aucune modification.

En même temps dyspnée d'effort qui a été en augmentant.

Il survint, à la même époque, une toux quinteuse rap-

pelant celle de la coqueluche, qui dura pendant deux mois.

En outre, difficulté de la déglutition. Lorsque les solides étaient mal mâchés, et que les liquides étaient pris en grande quantité, il survenait un ictus singulier : Le regard fixe, il pâlit, tombe aussitôt sans connaissance et, au bout de quelques instants revient à lui, sans avoir présenté ni aura laryngé, ni convulsions. Ces ictus se sont présentés quatre ou cinq fois depuis le début de l'affection; ils ne surviennent plus depuis qu'il a modifié la quantité de sa déglutition.

Aujourd'hui, on voit dans la région clavi-mammaire gauche, une tumeur pulsatile, convexe, s'étendant de la clavicule à la quatrième côte. Par le palper, cette tumeur est facile à délimiter : la main en perçoit l'expansion généralisée et en déprime le centre qui est douloureux. Les battements uniques sont synchrones à la systole cardiaque. Par la percussion, on constate que la matité de la tumeur, qui s'étend verticalement depuis la clavicule jusqu'au cinquième espace intercostal et horizontalement de la ligne sternale jusqu'à la ligne axillaire antérieure, se confond avec celle du cœur. L'examen radiographique montre, du reste, du côté gauche du thorax, une opacité qui s'étend de la clavicule au diaphragme, dans le sens vertical. Dans le sens horizontal, elle va depuis le bord sternal jusqu'à la limite latérale de la poitrine, dont elle reste séparée par une étroite bande transparente. Enfin, l'auscultation révèle un souffle systolique, sourd et ronflant, qui s'étend en avant dans la moitié gauche de la poitrine, et même à droite, aussi bien qu'en arrière, le long du rachis et qui a son maximum dans le deuxième espace

intercostal gauche, au niveau de la convexité de la voussure.

Le pouls radial est normal, comme fréquence; il est faible des deux côtés, un peu plus, semble-t-il, à gauche qu'à droite. Par contre, le pouls carotidien présente des différences notables; il est normal à droite; à gauche, la carotide est rigide, épaissie, pour ainsi dire sans battements. Pas de modifications du pouls fémoral.

La crosse de l'aorte, les sous-clavières ne sont pas surélevées. Le signe de la trachée fait défaut.

Si on applique la main fortement sous le rebord costal gauche, au niveau de l'épigastre, on perçoit des battements qui ne semblent pas la transmission des battements du cœur et qui paraissent dus à l'expansion de la tumeur.

Il faut, en outre, citer une mydriase modérée de la pupille gauche, une douleur légère du phrénique gauche au cou et une diminution du murmure vésiculaire dans tout le poumon du même côté, indiquant la compression en masse du poumon par la tumeur; la compression d'une bronche aurait produit du cornage.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine, l'état général est excellent; il aurait cependant maigri de 14 kilogrammes depuis le mois de février.

Il s'agit d'un anévrysme de la crosse aortique faisant saillie dans la région pectorale gauche, ce qui est assez rare; M. Souques rapporte que l'année dernière M. Boinet a publié trois faits analogues et en a mentionné quatre autres.

M. Rendu trouve ce cas très intéressant non seulement à cause de son siège, mais pour les crises laryngées qui lui paraissent difficiles à expliquer.

Au point de vue du traitement, il pense que l'on doit administrer l'iodure à petites doses et le continuer longtemps. Il ajoute : J'ai vu, il y a huit mois, un fait qui m'a paru très démonstratif de l'efficacité de ce traitement : il s'agissait d'un individu qui présentait une grosse poche anévrismale localisée à la portion ascendante de la crosse, avec compression des troncs brachiocéphaliques veineux et de la trachée. Il avait un œdème énorme du cou, de la face et du bras droit, une dilatation collatérale veineuse excessive de toutes les veines du thorax, qui étaient grosses comme l'humérale et dessinaient un réseau variqueux jusqu'au-dessous des mamelons; il ne pouvait respirer sans produire du cornage, même au repos, et le décubitus horizontal dans un lit était devenu impossible. Enfin, il souffrait de douleurs continues, lancinantes, dans l'épaule et le bras droits. La situation me paraissait devoir devenir grave à courte échéance, tant à cause du volume de l'anévrisme que de l'étendue des phénomènes de compression. Je lui prescrivis l'iodure à la dose de 0 gr. 40 par jour, en deux fois, sans beaucoup de conviction. Les effets du traitement furent surprenants. Moins de quinze jours après, l'œdème du bras avait disparu, la dyspnée était moindre et le malade pouvait coucher dans son lit. Pendant six mois, le médicament fut continué sans interruption, et maintenant cet homme est assez bien pour pouvoir faire ses affaires et mener une vie fort active, car il est obligé professionnellement d'aller deux fois par mois de Paris à Marseille. Sauf un certain degré de varicosité veineuse que persiste, très atténuée, au niveau du thorax, il n'y a plus de douleurs, ni de dyspnée ni de toux, et la seule chose qui révèle la lésion

aortique est la dureté du second bruit du cœur, au niveau de l'orifice aortique.

M. Le Gendre, ayant fait observer que les symptômes des anévrysmes de l'aorte sont quelquefois intermittents et qu'il ne faudrait peut être pas conclure à l'efficacité d'un traitement dans ces conditions, M. Rendu réplique que le traitement ioduré lui semble le plus rationnel et, lorsque les lésions de l'aorte sont d'origine syphilitique, ce traitement peut être curatif dans le sens vrai du mot. Il a vu, en 1876, un cocher, ancien syphilitique, atteint d'un énorme anévrysme de la crosse de l'aorte, qui faisait une saillie grosse comme le poing au devant du thorax. Son état était tellement grave, sa dyspnée si intense, qu'il semblait n'avoir plus que quelques jours à vivre. Des piqûres de morphine et de l'iodure à la dose de 1 gramme par jour furent prescrits, sans grande confiance dans leur efficacité et dans le but seul de soulager la dyspnée. Il n'entendit plus parler de cet homme pendant un an, et le croyait mort depuis longtemps, quand il vint le trouver en 1877, quinze mois après, pour le remercier de l'avoir guéri. Il ne présentait plus, à cette date, de voussure, ni de tumeur, et il était venu à pied de Levallois-Perret, sans éprouver de fatigue ni d'essoufflement. L'auscultation révélait cependant encore un double centre de battements et il y avait évidemment un certain degré de dilatation de la crosse aortique ; mais la tolérance était parfaite, et la lésion avait rétrogradé au point d'équivaloir à une véritable guérison. M. Rendu a suivi ce malade jusqu'à sa mort, qui eut lieu quatre ans plus tard, accidentellement, d'une pneumonie : pendant ces quatre ans, il n'y eut aucune rechute du côté de l'aorte. Le malade continuait à prendre tous les mois, par précaution, de l'iodure pendant quinze jours.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX DE LANGUE ANGLAISE

ANGOPHORA LANCEOLATA

Angophora lanceolata est un nouveau médicament qui a été expérimenté par le Dr Frédérick Kopp. La partie de la plante que l'on emploie pour les préparations homœopathiques est le suc qui s'écoule en grandes quantités lorsqu'on fait une incision sur le tronc de l'arbre. Ce suc desséché se présente sous forme de résine friable, d'un rouge brun, d'un goût amer et astringent qui ressemble beaucoup à celui du tannin.

Angophora lanceolata est un excellent remède pour la dysenterie chronique et pour la constipation consécutive à la dysenterie. Voici les symptômes auxquels il donne lieu chez l'homme sain.

Après avoir pris le remède le matin, des coliques surviennent le soir et durent toute la journée du lendemain. Les douleurs s'accompagnent d'une forte sensation de pesanteur dans le bas ventre avec besoin continuel d'aller à la selle mais sans résultat. Ces douleurs ainsi que la pesanteur dans le rectum persistent et on n'éprouve de soulagement des douleurs qu'en se couchant à plat ventre. Le lendemain matin évacuation de matières dures et sèches avec un peu de sang qui semble provenir de la partie inférieure de l'intestin. Les évacuations dures continuent avec sensation générale de gonflement de la muqueuse intestinale, légère pesanteur et désir fréquent d'aller à la selle. A la suite et pendant près d'une semaine

constipation opiniâtre qui se termine par des nausées et de la diarrhée, s'accompagnant de forts vertiges et d'une grande faiblesse.

La muqueuse intestinale devient très irritable avec évacuation se rapprochant de la diarrhée et pesanteur, peu d'appétit, maux de tête, nausées, beaucoup de ballonnement et de flatulence.

Angophora lanceolata, de même que la dysenterie, affecte surtout le gros intestin.

Ipécacuanha est son antidote. Comme analogues on peut citer tannin, acid. gallic., rhatania, acid. nitr., acid. sulph., alumina, geranium mac. et rheum. (*The Homœopathic World*).

QUELQUES REMÈDES POUR LES AFFECTIONS NERVEUSES

Acid. picricum. — Il n'y a pas de remède plus utile que l'acide picrique dans la neurasthénie. Les symptômes qui l'indiquent peuvent se résumer comme suit : prostration mentale avec indifférence; perte du réflexe conjonctival; douleur occipitale, avec irritation cervicale, lombaire ou sacrée, légère trémulation avec pesanteur et faiblesse des membres; troubles génito-urinaires et en outre lassitude générale qui permet au malade de croire qu'il souffre d'une multitude de symptômes réels ou imaginaires.

Lorsque les troubles nerveux revêtent une forme hystérique et qu'il y a des spasmes et des contractions, il vaut mieux employer la combinaison de l'acide picrique et du zinc, *zincum picricum*. Les symptômes s'accompagnent alors d'une dépression mentale plus profonde avec de l'hypéresthésie, de l'anesthésie ou de la névralgie et de spasmes qui simulent l'hystéro-épilepsie.

Lorsque l'anémie et l'épuisement du système nerveux ont atteints leur plus haut degré, *ferrum picricum* est un remède de la plus grande valeur. Il est indiqué dans les cas où une neurasthénie de longue durée a amené l'épuisement complet des cellules cérébrales.

Valeriana et surtout le *valérianate de zinc* sont aussi de bons remèdes pour l'épuisement neurasthénique complet lorsque le malade est d'un tempérament bien nerveux. Il n'a pas les effets cumulatifs ou stimulants mais suivis de réaction dangereuse d'*arsenicum*, *strychnia* et *cannabis indica*.

Phosphorus est un remède à longue portée qui demande à n'être répété qu'à de longs intervalles. Il est utile lorsque les troubles fonctionnels du système nerveux s'accompagnent d'altération du sang. On constate souvent des nécroses quand ce remède est indiqué.

Camphora est un remède que l'on oublie trop souvent. Il est indiqué lorsque les symptômes spasmodiques ou convulsifs prédominent, aussi agit-il bien lorsqu'il y a tendance à l'hystéro-épilepsie. D'un autre côté il a une action déprimante bien marquée; aussi s'applique t-il bien à la grande dépression du système nerveux tout entier. Cet état s'accompagne toujours d'irritation des muqueuses, comme on l'observe dans l'entérite et les affections infantiles aussi bien aiguës que chroniques. C'est un remède remarquable dans l'insomnie, surtout lorsqu'il y a du refroidissement des membres et en même temps des crampes la nuit.

Hypericum est un remède moins fréquemment indiqué, mais dont les symptômes sont bien caractérisés : c'est une sensibilité spinale extrême au moindre attouchement et qui s'accompagne généralement, mais pas forcément

de quelque traumatisme dans l'histoire antérieure du malade.

Stannum a une action favorable sur les douleurs nerveuses de la tête lorsqu'on le donne pendant un temps suffisamment long. (Halbert in *The Hahnemannian Monthly*).

INDIVIDUALISATION DE REMÈDES.

Le Dr Stambach, dans le but d'aider au choix des remèdes d'après leurs particularités mentales attire l'attention sur les remarques suivantes :

Aconitum. — Ne produit aucun effet si le malade n'est pas nerveux, plein d'appréhension, anxieux, agité, affecté et tourmenté par la crainte de mourir.

Bryonia. — Malade tranquille qui est de méchante humeur et boit une grande quantité d'eau.

Belladona. — Le malade est très rouge, il a une température élevée, des sueurs, des palpitations et des secousses tendineuses.

Chamomilla. — La douleur rend le malade sans repos et hargneux avec désir de s'agiter.

Anacardium. — Le malade jure comme un Templier.

Nux vomica. — Le malade est blasé, bilieux, irascible, un vrai clubman.

Sulphur. — Le malade est mal peigné, il a des cheveux hérissés, il est sale, couvert d'eczéma et grand ennemi des bains.

Capsicum. — Malade paresseux, gras, qui transpire facilement, mou, maladroit, qui dort peu et a le mal du pays.

Abies nigra. — Il vous semble avoir avalé un œuf dur entier.

Acidum aceticum. — On se sent triste par suite de la maladie de ses enfants; tendance à l'hecticité, œdème, émaciation, diarrhée, anasarque avec soif, croup avec rougeur de la figure.

Bromum. — Malade blond aux yeux bleus; dans le croup.

Cactus. — Taciturne, triste; le malade se croit incurable et a peur pour l'avenir, sentiment de constriction.

Calcarea carbonica. — Blond, mou, le malade craint de perdre la raison; transpiration de la tête, du cou, et de la partie supérieure de la poitrine, ces malades mangent des œufs avec voracité, ils ont les pieds froids et visqueux.

Calcarea phosphorica. — L'enfant ne peut porter sa tête, il a le teint brun; maux de tête des écoliers, diarrhée. Ce médicament fortifie les os et empêche le rachitisme. Bon pour les enfants mous et amaigris qui ne peuvent pas se tenir sur leurs jambes, ni apprendre à marcher.

TRAITEMENT DE L'APOPLEXIE

D'après le Dr Garat Chandra Ghose de Midnapore les médicaments auxquels il faut recourir sont les suivants :

Aconitum. — Convient souvent aux symptômes prémonitoires; pouls plein, rapide et fort, peau sèche et chaude, engourdissement, fourmillements, signes d'excitation artérielles de la 1re à la 3e X.

Arnica. — Lorsqu'il n'y a pas de symptômes de congestion active; tête chaude, le reste du corps étant froid, pouls plein et fort avec paralysie des membres, miction

et défécation involontaires ; convient aux gens d'âge moyen et corpulents, de la 3ᵉ X à la 30ᵉ.

Baryta carbonica. — Dans l'apoplexie des gens âgés adonnés aux boissons fortes, le malade est en enfance et il ne peut parler ; paralysie de la langue avec perte de la mémoire, tremblement des membres, difficulté de se tenir debout, 3ᵉ X à 12ᵉ.

Belladonna. — Utile au début lorsqu'il y a des grincements de dents avant l'attaque, grande congestion, grande rougeur de la face, dilatation des pupilles, regard fixe et menaçant, nausées, respiration stertoreuse pendant le sommeil, battements dans la tête au réveil ; perte de connaissance, absence de la parole, membres contractés, ténesme, froideur des extrémités, bouche déviée d'un côté 1ʳᵉ X à 30ᵉ.

Gelsemium. — Attaque d'apoplexie ou simple menace avec stupeur ou coma ; grande congestion passive avec prostration nerveuse ; mal de tête, nausées, pesanteur dans le cerveau, alourdissements, vertiges à faire tomber ; vue mauvaise, le mal de tête et les symptômes oculaires sont aggravés par le vin, 1ʳᵉ X à 3ᵉ X.

Cactus grandiflora. — Apoplexie, poids au vertex ou pression, sur le côté droit de la tête ; figure rouge et boursouflée. Ces symptômes sont produits par une maladie de cœur grave.

Hyosciamus. — Le malade tombe subitement en poussant un cri, il est faible et tremblant, la respiration est stertoreuse ; le malade ne peut avaler, selles involontaires, vaisseaux sanguins gonflés, 1ʳᵉ X à 3ᵉ X.

Ipéca. — Apoplexie séreuse et nerveuse, avec vertiges ; perte de la parole, paralysie des extrémités ; mal de tête comme si la tête était brisée ; nausées prolongées et vo-

missements. Attaque due à des troubles gastriques, 1e X à 6e X.

Nux vomica. — Utile chez les bons vivants à vie sédentaire, sujets aux indigestions. Il y a peu de congestion ou de fièvre, mais il y a eu quelque erreur de régime. Le malade tombe par terre sans connaissance et à la renverse; la figure est pâle et la tête chaude ; mouvements automatiques de la main droite à la bouche, paralysie complète du côté gauche, bouche tordue, chute de la mâchoire; l'attaque est précédée de vertiges, bourdonnements d'oreilles, nausées et vomissements, grande irritabilité et hypochondrie, 3e X à 30e.

Opium. — Attaque précédée d'affaiblissement des sens, vertiges, pesanteur de tête, dureté de l'ouïe, insomnie ou envie fréquente de dormir; le paroxysme s'accompagne d'une rigidité tétanique de tout le corps; la figure est rouge, boursouflée et chaude ; assoupissement, stupeur ou profond coma ; pouls lent et plein ; respiration stertoreuse et irrégulière; pupilles dilatées et insensibles; mouvements convulsifs et tremblement des extrémités qui sont froides; écume à la bouche ; on ne peut pas lever le malade, 6e à 12e.

Sanguinaria. — Apoplexie par suite de congestion veineuse. La douleur ressemble à un éclair dans le derrière de la tête ; joues rouges ; yeux brûlants, distension des veines temporales, l'haleine et les expectorations ont une mauvaise odeur que remarque même le malade, 3e X à 6e X.

Sepia. — Indiqué chez les personnes qui font des excès de boisson ou vénériens, diathèse goutteuse et hémorrhoïdaire ; chez les femmes on note les affections des organes génitaux. Apoplexie veineuse, horrible mal de tête;

étourdissements en marchant, le malade chancelle, pieds froids, pouls intermittent, 3e X à 30e.

TRAITEMENT DE LA DÉMENCE SÉNILE.

Conium mac. — Dans les cas purement mentaux et doux on l'emploiera à la 30e X. Les symptômes spéciaux sont l'hypochondrie et la tristesse avec désir de solitude. S'il y a un état de demi-conscience, que le malade montre de l'aversion pour être en société et cependant qu'il ne veut pas qu'on le laisse seul, qu'il y a alternatives d'excitation et de dépression, il faut le donner à la 3e X. S'il y a une excitation continuelle avec des frissons, des spasmes fréquents de différents muscles, peur de la lumière, un peu d'impuissance, avec de fréquentes pollutions, il faut donner de 2 à 10 gouttes de TM toutes les deux ou trois heures.

Anacardium 30e X. — Grand affaiblissement de la mémoire, il semble que l'on a deux volontés, les mouvements sont gauches et paresseux, indifférence pour les choses agréables ou désagréables.

Baryta iod. 3e X. — Le malade est oublieux; au milieu d'une conversation ou d'une phrase le mot le plus usuel lui manque; perte de la mémoire surtout pour les choses récentes; frissons, irrésolution, abattement, pusillanimité.

Helleborus. — Intelligence obtuse, presque idiotie; mélancolie, entêtement; grand affaiblissement de la mémoire, lenteur de la perception; perte de pouvoir et hésitation à agir, perte de la coordination musculaire.

Hyociamine 4e X. — Quand il y a tendance à la lascivité, tendance à se mettre en rage facilement, surtout s'il

y a en même temps une force non habituelle. Les objets semblent beaucoup plus grands qu'en réalité, apathie des sens et indolence ; le malade ne se plaint pas, il n'a besoin de rien, il est morose et abattu ; crainte d'être empoisonné par ses amis ou qu'ils lui fassent du tort, très soupçonneux, désirs sexuels excités ; tremblement.

Iodine 3e X. — Abattement, oppression, impatience, besoin de remuer, grande irritation nerveuse, tremblements, insomnie.

Opium 30e X. — Malade fantasque, qui parle d'une manière confuse, commet des actes indécents, instabilité de la volonté, démence complète, grande débilité, stupeur, sueurs fréquentes.

Secale cornutum 2e X. — Délire, hallucinations, apathie et disparition complète des sens ; indiqué presque toujours dans les cas de paralysie.

Zincum phos. 3e X. — Répète les questions avant d'y répondre, humeur changeante, faiblesse de la mémoire, difficulté de comprendre, lassitude et dépression, agitation des pieds (*Delamater in Medical Century*).

Dr G. Nimier.

REVUE DES JOURNAUX

LA PILOCARPINE CONTRE L'ORCHI-ÉPIDIDYMITE AIGUE ET LES COLIQUES HEPATIQUES OU NÉPHRÉTIQUES.

D'après un médecin américain, M. le Dr S. Harnsberger (de Catlett), les injections hypodermiques de 0 gr. 007 à 0 gr. 008 milligrammes de chlorhydrate de pilocarpine — dose qu'on répète toutes les deux à six heures de façon

à prolonger l'action sudorifique et sialagogue du médicament — constitueraient un excellent moyen pour combattre les douleurs de l'orchi épididymite aiguë ainsi que les crises dues à la lithiase hépatique ou rénale.

C'est surtout dans l'orchi-épididymite que notre confrère s'est très bien trouvé de l'usage de la pilocarpine; il a obtenu une prompte sédation des douleurs avec diminution manifeste de la tension des parties tuméfiées même dans les cas où les symptômes aigus avaient résisté à tous les moyens usuels. (*Semaine médicale*, 13 sept.).

LE PANSEMENT A L'ALCOOL DANS LE PSORIASIS.

Un médecin russe, M. le Dr H. Lau, qui est atteint de psoriasis, a pu se convaincre sur lui-même des excellents effets que l'alcool exerce à l'égard de cette affection. Notre confrère a pensé que l'alcool concentré, en absorbant l'eau des tissus, devait modifier avantageusement les papilles dermiques, qui dans le psoriasis sont infiltrées, œdématiées et congestionnées. De fait, cette prévision s'est trouvée pleinement justifiée. M. Lau appliquait tous les soirs, sur les parties malades, des compresses de coton hydrophile imbibées d'alcool concentré (70 à 92°) et salicylé à 2 p. 100, compresses qu'il recouvrait d'une étoffe imperméable et qu'il laissait en place toute la nuit. Le matin il enlevait le pansement et lavait les placards éruptifs avec du savon et une brosse stérilisée, de façon à enlever toutes les squames. Lorsque, au bout d'un certain laps de temps, la peau commençait à se gercer, il suffisait de pratiquer quelques onctions avec une pommade à la lanoline pour pouvoir continuer le traitement. Les résultats thérapeutiques ont été tout aussi favorables que ceux qu'on obtient avec les diverses substances employées couramment contre

le psoriasis, telles que le goudron, la chrysarobine, le pyrogallol, etc. Or, comme le pansement à l'alcool présente sur tous ces moyens l'avantage de ne pas être salissant et qu'il est d'un emploi d'autant plus commode qu'on ne l'applique que pendant la nuit, notre confrère croit devoir le signaler à l'attention des praticiens. (*Semaine médicale*, 13 septembre.)

EMPOISONNEMENT PAR LA SANTONINE.

M. Aronson communique à la Société de médecine l'observation suivante: Un enfant ayant avalé 11 tablettes vermifuges, dont chacune contenait 0 gr. 05 centigrammes de santonine, fut pris une heure après de pâleur de la face, de convulsions, de sueurs froides et perdit connaissance. Le pouls était lent et les pupilles dilatées. L'urine offrait une coloration jaune citron. Tous ces accidents disparurent, mais on connaît des cas d'empoisonnement de ce genre qui se sont terminés par la mort; il est donc regrettable que la vente de la santonine ne fasse pas l'objet d'une réglementation. (*Semaine médicale*, 5 juillet.)

LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE NITRITE DE SODIUM CONTRE LE TABES.

Les résultats favorables que M. le D[r] Petrone a obtenus au moyen d'injections de nitrite de sodium dans la syphilis ont engagé M. le D[r] L. O. Darchkévitch, professeur extraordinaire de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Kazan, à expérimenter cette même médication contre le tabes que notre confrère russe considère comme étant d'origine syphilitique. En conséquence, M. Darchkévitch a pratiqué à des sujets atteints d'ataxie locomotrice des injections hypodermiques quotidiennes

de 1 cc. d'une solution de nitrite de sodium dont le titre était porté progressinement de 1 à 6 p. 100. Le nombre d'injections reçues par chacun des malades a été de 80 en moyenne. Ce traitement a eu pour effet d'amender les douleurs fulgurantes, l'ataxie et les troubles de la fonction vésicale, tout en améliorant l'état général des patients, qui augmentaient de poids; d'autre part, il n'a exercé aucune action nocive sur le nerf optique, à l'encontre de ce qu'on observe parfois pour le mercure. Il y a plus : dans les cas de tabes avec atrophie des nerfs optiques, la quantité de sang contenu dans les artères de la papille et la capacité visuelle ont nettement augmenté, grâce au nitrite de sodium. Enfin, chez certains tabétiques dont l'affection avait d'abord résisté à la médication hydrargyrique, le mercure a donné des résultats favorables quand on l'employait concurremment avec les injections de nitrite de sodium.

Ces injections ont été d'ordinaire bien supportées, et ce n'est que rarement qu'elles ont provoqué des phénomènes désagréables, tels que céphalalgie, hypersudation et congestion de la tête avec sensation de chaleur, phénomènes qui, d'ailleurs, se dissipaient dès qu'on suspendait le traitement. (*Semaine médicale*, 5 juillet.)

ÉRUPTIONS BROMURIQUE ET IODURIQUE GRAVES.

1° *Eruption bromurique.* — Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, atteinte depuis quatre ou cinq ans d'accidents épileptiques pour lesquels on la soumet à un traitement bromuré. Elle présente au niveau du tiers inférieur de la jambe gauche un vaste placard éruptif. Son étendue atteint en longueur 25 à 30 centimètres, en largeur 10 à 15 centimètres. Dans la zone supérieure la peau est brunâtre sans autres modifications ; cette zone est séparée

d'une autre située plus bas par un bourrelet saillant ulcéreux et végétant. La peau porte des papules nombreuses, végétantes et ulcérées, qui sécrètent en abondance de la sérosité. Plus loin on trouve une véritable tumeur arrondie, du volume d'une demi-mandarine ; cette tumeur est criblée comme une pomme d'arrosoir d'orifices par où, en pressant, on peut faire sourdre quelques gouttes de sérosité, mais pas de pus. Sur la jambe droite existe des lésions analogues. Sur l'avant-bras gauche existent trois grosses papules. Ces lésions guérirent vite par la suppression de l'agent toxique.

2° *Eruption iodurique grave. Gangrène de la peau.* — Sur la jambe, ulcérations creuses de 2 à 3 centimètres, irrégulières de formes, à bords déchiquetés, couvertes de sanie fétide ; dans l'une, le fond est recouvert de tissu sphacélé en voie d'élimination. Ces ulcérations ont succédé à des pustules d'apparence acnéique et de volume variable, rappelant l'aspect de l'anthrax. Cette éruption était survenue à la suite de l'administration prolongée de l'iodure. Ces faits sont intéressants. Il faut faire remarquer que la dose du médicament n'a pas toujours besoin d'être élevée ni longtemps prolongée. Besnier a vu des accidents d'acné anthracoïde grave se produire pour 2 grammes d'iodure de potassium par jour continués pendant huit jours. D'autres fois, au contraire, un traitement iodurique ou bromurique a pu être suivi et terminé sans incidents, et c'est quand on y revient de nouveau que les accidents éclatent. (*Revue générale de pathologie interne* juillet 1899.)

Le Directeur-Gérant : P. JOUSSET.

Paris — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

DÉCEMBRE 1899

MÉDECINE PRATIQUE

De l'aortite

Historique

Nous nous proposons, dans ce travail, de donner une description classique d'une affection très commune, au moins dans sa forme chronique, mais dont l'histoire nosographique est encore fort incohérente.

Par description classique, j'entends une description faite suivant la méthode nosographique, c'est-à-dire une exposition des symptômes et des lésions dans leur ordre d'évolution; cette exposition étant répétée pour chaque forme et chaque variété d'aortite et constituant ainsi des tableaux bien définis permettant d'isoler l'aortite de toute autre affection, et dans l'aortite elle-même, chacune des formes et des variétés que l'étude clinique a permis de constater. Ce travail est devenu très facile depuis les nombreux travaux qui, pendant un demi-siècle, ont été accumulés sur ce point.

Mais avant de commencer la description des inflammations de l'aorte, nous voulons dire un mot des travaux publiés sur ce sujet et rendre à J. P. Tessier la justice qui lui est due, en démontrant que c'est lui qui, en 1859, a tracé à grands traits l'histoire de l'aortite

Tessier a établi les caractères anatomiques de l'aortite aiguë en rapportant le fait publié par Bizot. Quant aux lésions de l'aortite chronique elles se trouvent magistralement décrites dans l'autopsie du maréchal Saint-Arnault et surtout dans celle de Dupuytren pratiquée par Tessier lui-même et son collègue Rufz sous les yeux de Broussais, Cruveilher, Marx, Husson, Bouillaud, Jacquemin et Dumont.

Tessier cite ensuite les plaques athéromateuses et osseuses décrites depuis Morgagni. Mais il signale une particularité de la plus grande importance en anatomie pathologique et qui fait comprendre la plupart des symptômes de l'aortite. « Il y a une loi d'anatomie pathologique, dit Tessier, c'est que tous les tissus enflammés perdent leur élasticité » (*Art médical*, t. XII, p. 244).

C'est cette perte d'élasticité appliquée aux organes creux qui rend compte de leur rétrécissement, même en l'absence de toute déformation visible. Ouvrez le canal de l'urèthre ; dans la plupart des cas de rétrécissement, la simple inspection ne nous permettra pas de constater de point rétréci. Mais si vous exercez une traction dans le sens de la largeur à l'aide d'une pince, vous rencontrerez un point du canal qui est tout à fait inextensible ; les parties saines du canal prêtent à l'extension, la partie malade reste inextensible, en sorte que c'est cette rigidité, cette perte de la faculté de se dilater qui constitue tout le rétrécissement. Quand l'urine est chassée de la vessie, qu'elle pénètre dans le canal, toute la partie saine se dilate pour le passage du liquide, la partie inextensible seule résiste et constitue un rétrécissement.

L'aorte, comme tous les canaux, est douée, à l'état physiologique, d'une grande élasticité ; en sorte que sous

la pression de la colonne sanguine chassée par le cœur gauche, elle se dilate en proportion du volume de sang qui lui est envoyé, et ensuite revient sur elle-même et aide ainsi au mouvement de la colonne sanguine.

Tout le mécanisme de la *dyspnée d'effort* et de la *dyspnée post prandia* repose sur cette loi posée par J. P. Tessier. Quand le malade est au repos, que la circulation est à l'état de calme, le calibre de l'aorte malade suffit au passage du sang et le malade n'éprouve aucun malaise. Mais qu'il vienne à faire un effort, la circulation s'accélère, la colonne sanguine poussée dans l'aorte est plus volumineuse, l'aorte rigide a perdu la faculté de se distendre et se comporte comme un organe rétréci, de là la dyspnée d'effort.

La dyspnée après le repas s'explique par le même mécanisme. Tous les physiologistes savent qu'après le repas il existe une réplétion vasculaire plus ou moins considérable ; l'aorte rigide inextensible ne peut plus suffire au passage du liquide sanguin, de là la dyspnée *post prandia*.

La description des symptômes de l'aortite chronique donnée par J. P. Tessier, à la suite des deux autopsies de Dupuytren et de Saint-Arnault, n'est point à l'abri de toute critique. Je reconnais qu'il a donné trop d'importance à certains symptômes, comme la fièvre et l'anarsaque par exemple, ce symptôme appartenant toujours á une complication cardiaque ou rénale. Je reconnais encore qu'il n'a pas décrit avec la même précision que les auteurs de nos jours certains signes physiques. Mais il faut se rappeler que la première édition de M. Huchard, où pour la première fois on rencontre, décrits avec une grande exactitude, les symptômes de l'aortite, n'a paru qu'en

1889, trente ans après l'article de J. P. Tessier dans *l'Art Médical*.

Ces explications données, nous maintenons que J. P. Tessier a tracé les grandes lignes de l'histoire pathologique des inflammations de l'aorte, et qu'il a décrit, en leur donnant leurs véritables caractères, les principaux symptômes de cette affection; qu'il en a donné l'étiologie véritable et posé un traitement qui répond aux principales indications.

Dans le passage suivant, Tessier énumère toutes les causes d'aortite et ce sont les mêmes que nous retrouvons dans le livre de M. Huchard et dans l'article du Traité de médecine de M. Brouardel : « Il y a des cardo-aortites rhumatismales, goutteuses, hémorroïdales, dartreuses, asthmatiques. Il y en a qui ont leurs principes dans l'expansion d'une inflammation des bronches, du parenchyme pulmonaire, de la plèvre ou du médiastin ». (*Art Médical*, tome XII, p. 250.) Mais, dans son enseignement clinique, c'était à la goutte, à ce qu'on appellerait aujourd'hui l'*artério-sclérose*, qu'il attribuait le plus grand nombre des aortites chroniques. Quel est aujourd'hui le clinicien qui récuserait cette étiologie ?

Les symptômes attribués par Tessier à l'aortite chronique sont les mêmes que ceux que l'on retrouve dans les descriptions de MM. Bonnet et Huchard. Et sauf la description des artérites oblitérantes et des paralysies douloureuses intermittentes qui les accompagnent, je ne crois pas qu'il en ait omis un. Seulement, Tessier n'a écrit *qu'une simple note* sur l'aortite, il ne faut donc point demander à un simple article de journal ce qu'on pourrait exiger d'un mémoire ou d'un livre. Néanmoins, voici l'enumération des symptômes de l'aortite chronique que

je trouve à la page 248 de l'*Art Médical*. « Le point cardiaque, l'essoufflement dans la marche, la gêne habituelle de la respiration, les névralgies précordiales, cardiaques, intercostales, préaxillaires, brachiales, cervicales, l'angine de poitrine, l'asthme cardiaque, les troubles du cerveau, des organes des sens, de la circulation, les congestions bronchiques et pulmonaires, hépatiques et rénales, l'œdème et l'anasarque, la débilité progressive ». Tessier a encore signalé un bruit de souffle dû à la simple dilatation de la crosse de l'aorte. Il a surtout signalé l'existence d'un certain nombre d'aortites chroniques sans souffle cardiaque, aortites chroniques qu'avant son travail on confondait avec l'anémie, et pour lesquelles on prescrivait le quinquina et le fer, au grand détriment des malades.

Je crois que ces passages suffiront pour convaincre tout lecteur impartial que J. P. Tessier, en 1859, a donné une description de l'aortite aiguë et chronique. Un autre ordre de preuves sur lequel je passerai du reste très rapidement, c'est l'étude de ce qui a été écrit sur l'aortite entre le mémoire de Tessier et la première édition du livre de M. Huchard dans lequel on trouva une histoire véritablement complète des inflammations de l'aorte.

En 1860, une année par conséquent après le travail de Tessier, Valleix, dans son *Guide du médecin praticien*, en est encore pour l'aortite aiguë à J. Franc, à Bertin et à Bouillaud. Pour l'aortite chronique, il n'est pas mieux renseigné et conclut ainsi : « Ces signes, comme on le voit, sont très vagues ; ils ne caractérisent nullement une maladie particulière ».

Du reste, sa description est contenue en moins de vingt lignes.

Nous lisons dans le Dictionnaire de médecine pratique publié en 1865 un article de Huton. A propos de l'aortite, cet auteur rapporte les symptômes déjà donnés par Bertin et Bouillaud : de la dyspnée d'effort, des palpitations sans lésions d'orifices, la teinte pâle de la face; il signale la possibilité de symptômes d'angine de poitrine, et c'est tout.

L'article de Charcot publié en 1870 dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales est encore plus pauvre, car sur l'aortite chronique il ne rapporte aucun symptôme.

En 1872, Jaccoud dit que l'aortite aiguë n'a pas de symptomatologie propre. L'aortite chronique présente plusieurs signes qui sont : une matité anormale, un souffle systolique rude et râpeux, un pouls dur et brusque et retardant, peut-être irrégulier; au sphygmographe, le pouls de l'athérome. Les signes indirects sont l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur et l'état athéromateux des artères. Cette description renfermée en quelques lignes est fort incomplète et fausse, au moins quant aux signes tirés de l'auscultation.

L'année suivante, en 1873, Peter, dans son premier volume de Clinique, donne sur l'aortite des renseignements beaucoup plus complets. Il commence par une très bonne description d'anatomie pathologique sur l'endartérite. Il pose pour les localisations de la lésion, la loi des courbures et des éperons. Naturellement, il énumère les symptômes de dyspnée, de douleur sous-sternale ; il rapporte les douleurs névralgiques diverses qui accompagnent l'aortite ; la propagation de l'inflammation de la tunique externe de

l'aorte au plexus nerveux ; il a même le tort de vouloir expliquer par ses névralgies l'*angine de poitrine vraie* ; il décrit les coagulations du sang, les embolies, la pyohémie par rupture d'abcès ; les gangrènes, l'hypertrophie du cœur, l'artério-sclérose concomitante, etc. C'est donc quatorze ans après la description donnée par J. P. Teissier dans l'*Art médical* que nous trouvons, dans un livre de clinique, une description un peu complète des inflammations de l'aorte. Et, pendant ces quatorze ans, le monde médical resta tellement étranger à cette question de pathologie, qu'en dehors de l'école de J, P. Tessier, on ne trouvera ni dans un livre, ni dans un journal, une mention de l'aortite. Et pour la première fois, en 1874, une malade, venue à mon cabinet, m'apporta une consultation du professeur Potain portant comme diagnostic : *aortite chronique.*

Aujourd'hui, grâce surtout aux travaux de Huchard (1), toutes ces connaissances sont devenues bien vulgaires, mais il n'en est pas moins vrai que c'est à J. P. Tessier que revient l'honneur d'avoir constitué le tableau pathologique de l'aortite aiguë et chronique. Pourquoi ne pas le reconnaître ? Pourquoi ces dénis de justice ? Parce que J. P. Tessier avait, en thérapeutique, adopté la réforme de Hahnemann et que, pour l'intolérance officielle, les homœopathes ne comptent pas. C'est à Tessier et à ses élèves Milcent, Davasse, Imbert-Gourbeyre, que l'on doit en nosographie le triomphe définitif de la doctrine des *espèces morbides.* Je sais que Trousseau et Bazin nous ont aidé

(1) *Traité clinique des maladies du cœur ou de l'aorte* par le Dr Huchard, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker. 3e édition, chez Octave Doin.

dans cette tâche, mais il serait aisé d'établir historique–que l'un et l'autre, et surtout le dernier, ont accepté et subi l'influence de Tessier.

La génération présente, éclairée par les travaux de Pasteur et moins compromise dans l'œuvre d'odieuse persécution menée contre nous, est beaucoup moins hostile à nos personnes. Elle nous accueille comme des confrères, mais il serait temps que justice soit rendue à nos travaux et que la vérité historique pût enfin être établie.

Dr P. Jousset.

(*La suite au prochain numéro.*)

SÉMÉIOTIQUE

Du diagnostic précoce de la phtisie

Les médecins se préoccupent de la nécessité et de la difficulté du diagnostic précoce de la phtisie pulmonaire et ils ont raison. Hippocrate avait déjà dit : *Principiis obsta.* Ces deux mots résument magistralement l'importance pratique de la question que nous posons, et il n'est pas nécessaire de faire de longues dissertations pour démontrer qu'il est du plus grand intérêt pour les malades de les traiter dès le début de la maladie. Donc il est bien entendu que le diagnostic précoce de la phtisie est éminemment pratique. J'ajoute toutefois que le traitement est dans de bonnes conditions tant que la fièvre hectique n'est point établie.

Je remarque expressément que je tire la curabilité ou l'incurabilité de la phtisie de l'existence ou de la non

existence d'un symptôme, la fièvre hectique. C'est avec intention que je ne parle ni du premier, ni du second, ni du troisième degré. Ces expressions qui servent à caractériser l'évolution tuberculeuse appartiennent à l'anatomie pathologique et non à la clinique. Elles n'ont aucune importance pratique quant au pronostic et au traitement de la maladie. L'expérience de chaque jour démontre qu'un malade, porteur d'une caverne pulmonaire, résultat d'une fonte tuberculeuse, arrivé au troisième degré de sa lésion, est, s'il n'a ni fièvre ni symptômes cachectiques, beaucoup moins malade et plus apte à guérir, je ne dirai pas qu'un phtisique atteint de phtisie aiguë, mais qu'un phtisique atteint d'induration tuberculeuse et qui présente déjà des symptômes de fièvre. Aucun clinicien ne contredira ce que je viens d'avancer ; et cependaut tous ou presque tous, dans leur langage ou dans leurs écrits, parlent de tuberculeux à la première, à la seconde ou à la troisième période.

Pour revenir à notre sujet, nous dirons que si, conformément à l'axiome d'Hippocrate, il est bon de combattre le mal dès son début, il ne faut pas exagérer cette nécessité jusqu'à employer pour fixer le diagnostic de la tuberculose des manœuvres qui peuvent aggraver l'état du malade ; puisque d'une part, on a habituellement devant soi une longue période apyrétique pour instituer le traitement curatif ; et que d'une autre part, dans les cas encore douteux, le médecin ne doit point hésiter à appliquer le traitement hygiénique à la fois préventif et curatif de la tuberculose.

Ceci dit, nous allons exposer successivement tous les signes de la tuberculose au début, en commençant par les signes cliniques. Ces signes cliniques sont d'une grande

richesse et nous regrettons la tendance qu'on a aujourd'hui, aussi bien en médecine qu'en chirurgie, à négliger l'étude et la valeur diagnostique des signes pour les remplacer par des méthodes d'exploration qui, je ne le conteste pas, engendrent souvent une certitude quasi-mathématique, mais qui, presque toujours, font courir des risques aux malades. Ouvrir le ventre en chirurgie pour se rendre compte de la nature d'une lésion n'est pas une chose indifférente. Injecter la tuberculine brute ou un sérum à un phtisique pour arriver à un diagnostic certain peut conduire à la mort. Je crois donc qu'il n'est que temps de signaler à nos cliniciens cette fausse orientation, de leur rappeler que les malades ne sont pas des cobayes, qu'ils ont tort de négliger la séméiotique classique pour s'occuper de moyens de diagnostic aventureux, de moyens de laboratoire.

Les symptômes cliniques de la phtisie au début se divisant naturellement en symptômes locaux et en symptômes généraux.

I. *Symptômes locaux.* — Il ne sera question ici que des signes du début.

Le premier signe du développement de granulations tuberculeuses dans le poumon appartient à la respiration, et pendant un certain temps la percussion ne présente aucune anomalie.

La respiration se décompose en deux temps : l'inspiration et l'expiration. L'inspiration est moelleuse et égale. C'est de beaucoup le temps principal de la respiration ; par sa longueur, il occupe les 2/3 du temps total de la respiration et son timbre est plus élevé que celui de l'expiration.

A l'état normal, l'expiration est courte, presque silencieuse et d'un timbre plus bas que l'inspiration.

Le premier signe de la tuberculose appartient à l'inspiration qui devient *rude*, en même temps que son timbre s'abaisse. Ainsi, inspiration rude et basse ; si ce signe est fixe et durable, il est certain. M. Grancher dit qu'on l'observe plus fréquemment à gauche ; Laënnec avait dit à droite ; ceci a peu d'importance.

Quel est le mécanisme de la production de ce bruit ?

Grancher dit que la cause de ce bruit tient au développement de la granulation tuberculeuse dans la petite dilatation de la bronchiole accineuse. Ce néoplasme provoqu autour de lui, dans le système bronchique et alvéolaire, un état congestif avec gonflement imflammatoire des endothéliums, d'où rétrécissement et inspiration rude.

Le second signe est le rythme saccadé de l'inspiration. Elle semble se faire en deux fois. Il coexiste souvent avec la rudesse et l'abaissement du timbre.

Le troisième signe se tire de l'expiration qui tend à se prolonger de plus en plus, en même temps que le timbre s'élève et dépasse bientôt celui de l'inspiration normale. L'expiration est donc haute et prolongée ; un degré de plus elle devient soufflante.

Le quatrième signe est l'affaiblissement du murmure vésiculaire. Il est le signe d'une symphise pleurale partielle. Or la symphise pleurale partielle étant une lésion qui accompagne la tuberculose, l'affaiblissement de la respiration au sommet du poumon a une grande valeur diagnostique pour la tuberculose.

Tels sont les signes qui permettent de déceler dans le poumon la présence de granulations tuberculeuses petites et disséminées. Ces signes appartiennent exclusivement à

la respiration, et habituellement la percussion reste normale.

Lorsque les tubercules se sont multipliés, qu'ils ont grossi, quand ils déterminent une sorte d'engorgement pulmonaire, d'autres signes apparaissent, ils sont du domaine de la percussion. A ce moment existe une matité relative et en même temps l'augmentation du frémissement vocal perçu par la main. Mais déjà la lésion tuberculeuse s'accompagne de signes physiques faciles à percevoir et qui vont augmenter de jour en jour.

Une remarque due aux auteurs contemporains, c'est que quand on constate les premières altérations de la respiration au sommet du poumon, on rencontre en même temps les mêmes signes à la base du poumon et du même côté.

Après avoir énuméré et décrit ces signes de la tuberculose commençante avec le plus grand soin, Hutinel ajoute : « Le seul signe certain, indiscutable est la présence de bacilles dans les crachats ». (Dictionnaire Encyclopédique. Phtisie, p. 704). Et j'ajouterai : et à défaut de la constatation des bacilles dans les crachats, l'inoculation positive chez le cobaye.

Pourquoi, après avoir exposé les études si complètes de Grancher sur les signes de la phtisie au début, Hutinel est-il obligé de convenir que la présence du bacille peut seule donner une certitude.

Pourquoi ? Parce que les signes qui annoncent le début de la tuberculose ne sont que des *nuances*, que ces nuances sont plus ou moins marquées, et qu'enfin beaucoup de médecins n'ont pas l'oreille assez excercée pour percevoir nettement les signes du début de la phtisie. Il est donc

nécessaire d'étudier maintenant les symptômes généraux du début de la phtisie.

II. *Symptomes généraux.* — Souvent les symptômes généraux qui indiquent le début de la phtisie sont très caractérisés et Arété a pu dire que le médecin qui n'était pas capable de diagnostiquer la phtisie sur l'aspect extérieur du malade, n'était pas digne du nom de médecin. Arété a souvent raison, mais non toujours. Il est exact qu'il existe un certain *habitus* qui dénote, non seulement la tuberculose au début, mais la tuberculose menaçante. Ce sont ces malades pour lesquels on a fait cette expression cruelle de *candidats à la tuberculose*. D'après les signes donnés par Arété, cette disposition à la phtisie se reconnaît à la blancheur éclatante de la peau, à la rougeur vive des pommettes, à l'étroitesse de la poitrine, d'où suit la saillie des omoplates en forme d'ailes, à la gracilité des membres et du tronc malgré un certain embonpoint. L'œil est vif et brillant, les cils très longs, l'intelligence au-dessus de la moyenne. On a ajouté à ce tableau la couleur blonde ou rouge de la chevelure. Mais la clinique nous porte à ajouter que si ces caractères, lorsqu'ils sont bien accusés, doivent donner au médecin une certaine préoccupation, ils peuvent cependant exister sans que ceux qui les présentent soient jamais atteints d'une affection tuberculeuse. Et, d'une autre part, l'observation nous fait voir chaque jour des malades dont la constitution est tout l'opposé de celle que nous venons de décrire et qui cependant sont atteints et succombent à la tuberculose. Ce résultat n'a rien qui doive nous étonner, car la phtisie étant toujours héréditaire, les influences physiologiques et pathologiques issues des lignes ancestrales viennent se

heurter, se combattre ou s'ajouter chez le descendant.

Rien donc d'extraordinaire à la coexistenee chez le même individu d'une constitution goutteuse par exemple et d'une tuberculose. Ce sont des influences semblables qui nous donnent l'exemple de tempéraments athlétiques saisis et renversés par la tuberculose.

On a cherché dans les variations présentées par la thermométrie des signes de phtisie au début. Daremberg enseigne que, chez les phtisiques, il peut exister un écart de température de plus d'un degré entre le matin et le soir. Il a vu des malades présentant 36°,2 le matin et 37°7 dans l'après-midi, écart d'un degré et demi.

J'objecte qu'on observe un écart analogue â l'état normal. Ainsi Lorrain, dans son important ouvrage sur les température, cite d'abord Billroth qui conclut de 200 observation que la température animale présente un minimum le matin de 37°3 et l'après-midi un maximum de 37°9. Bœrensprung est arrivé à des résultats analogues, 36°68 le matin et 37°48 le soir, William Ogle donne 36°,5 le matin et 37° le soir (Lorrain t. Ier, p. 326 à 331).

Ces résultats sont donc comparables à ceux donnés par Daremberg comme signes de la phtisie commençante.

Daremberg et Chuquet remarquent que la station levée, à plus forte raison une fatigue, un repas copieux, peuvent élever la température des phtisiques de près d'un degré. Daremberg affirme qu'un phtisique qui a 37°7 étant levé, verrait sa température baisser à 37°3, dix minutes après avoir pris la position horizontale. Ces auteurs disent que la température des phtisiques est *déséquilibrée*. Sans nier les faits annoncés, je trouve que le déséquilibrement ne constitue qu'une nuance.

Mais en dehors de l'habitus genéral et des signes présentés par la température, il existe des symptômes beaucoup plus importants comme précurseurs de la phtisie.

Ces troubles de la santé peuvent au point de vue clinique se diviser en trois catégories : amaigrissement, anémie, dyspepsie. De ces troubles, l'amaigrissement est le plus constant; il peut exister seul ou accompagner l'anémie et la dyspepsie. Ces deux derniers existent habituellement ensemble, mais cependant pas toujours.

Amaigrissement. — Règle générale, l'amaigrissement est un signe précurseur de la tuberculose, quel que soit son siège, mais on l'a le plus souvent observé avant la phtisie et avant la méningite tuberculeuse. Une longue expérience clinique a enseigné an médecin que le jeune homme ou l'enfant qui maigrissent sont menacés, le premier de phtisie, le second de méningite. C'est souvent après plusieurs mois d'un amaigrissement progressif, portant plutôt sur le corps que sur la figure, qu'apparaissent les premiers signes de la tuberculose.

Anémie. — La phtisie débute souvent chez les jeunes filles avec les apparences de la chlorose. Face bouffie, teint jaunâtre avec accès irrégulier de coloration à l'une ou l'autre des joues, essoufflement, palpitations, diminution ou suppression des règles, troubles gastriques. Un certain degré d'amaigrissement coïncide avec ces symptômes auxquels vient bientôt se joindre une petite toux sèche qui marque le début de la phtisie.

Troubles gastriques. — Une anorexie plus ou moins complète, la lenteur des digestions stomacales et quelquefois des vomissements caractérisent les symptômes gastriques précurseurs de la phtisie et rend celle-ci d'au-

tant plus grave qu'elle envahit un organisme déjà affaibli et incapable de toute réaction.

Concluons donc de la première partie de ce travail que s'il existe des cas où, avec l'aide de tous les moyens de diagnostic que nous avons passé en revue, il est possible d'ariver à une certitude, il en est d'autres où le diagnostic restera nécessairement douteux. Que faire dans ces cas ? C'est ce que nous allons maintenant examiner.

Quand un malade présente les signes rationnels de la tuberculose commençante, sans que les signes tirés de l'auscultation permettent d'affirmer avec certitude l'existence de cette tuberculose, le médecin doit immédiatement instituer le traitement hygiénique et pharmaceutique de la phtisie. Cette règle de conduite lui est imposée par l'intérêt du malade et elle n'a d'autres inconvénients que de fausser les statistiques si on se permettait de faire entrer les cas douteux dans les résnltats thérapeutiques.

La règle de conduite que nous venons de tracer n'est pas acceptée par tous les médecins; car un certain nombre d'entre eux veulent, pour agir, un diagnostic certain, et pour cela ils s'adressent à des moyens d'investigation que nous allons maintenant examiner.

Le premier de ces moyens est l'injection de la tuberculine brute de Koch, On sait que l'injection de ce liquide produit chez les tuberculeux une élévation de température proportionnelle à la dose employée. L'engouement lamentable, né de publications empreintes d'une légèreté coupable, nous a trop souvent permis de constater, à la suite de ce moyen thérapeutique, des congestions pulmonaires, des pneumonies, des hémoptysies souvent

terminées par la mort. On a donc renoncé au traitement de la tuberculose par les injections de tuberculine, mais on a conservé ce moyen à dose très réduite pour le diagnostic de la tuberculose.

Landouzy, un des premiers, a fortement prôné ce moyen de diagnostic et il a injecté de 1 à 2 milligrammes de lymphe de Koch.

Hutinel a beaucoup réduit ces doses. Il injecte d'abord 1/20 de milligramme, puis, si cette injection reste sans effet, il augmente progressivement les doses et injecte 1, 2, 3, et 4 dixièmes de milligramme, en mettant huit jours d'intervalle entre chaque injection.

Grasset et Vedel injectent de 2 à 5 dixièmes de milligramme. Combemalle et Baviar emploient des doses analogues.

Grancher, le premier en France, s'est élevé contre ce moyen de diagnostic. A l'étranger, plusieurs savants médecins se sont joints à lui.

Escherich trouve ce moyen délicat à manier, pour ne pas dire dangereux.

Grasset et Hutinel semblent abandonner leur première pratique.

Sirot de Baume se sert de sérum artificiel qui, lui aussi, élève la thermalité chez les tuberculeux. Hutinel a essayé ce moyen, mais il aurait eu des accidents graves et même un cas de mort.

C'est encore dans le but de reconnaître la tuberculose qu'on a administré aux phtisiques de l'iodure de potassium à forte dose. Ce médicament développe autour de la lésion une congestion facile à reconnaître et qui permet d'établir le diagnostic.

Le simple exposé des faits, tel que nous venons de le

faire; le spectacle des hésitations et des contradictions présentées par les médecins qui ont fait usage de ces moyens de diagnostic suffirait, ce me semble, pour juger la question. La lymphe de Koch et le sérum artificiel ont la propriété d'élever la température chez les tuberculeux ; mais de plus, comme l'iodure de potassium, ils congestionnent la lésion. Ainsi, augmentation de la fièvre existante ou développement d'une fièvre nouvelle, congestion de la lésion, tels sont les symptômes produits chez le tuberculeux par ces trois moyens d'investigation ; symptômes d'où naît la certitude du diagnostic.

Je ferai remarquer que la tuberculine, qui est un si précieux moyen de diagnostic chez les bovidés, manque de certitude chez l'homme, parce qu'un certain nombre d'hommes réagissent après l'injection de tuberculine, sans être tuberculeux. L'histoire de l'injection pratiquée par Koch sur lui-même est une expérience qui viendrait prouver, si cela était nécessaire, ce que je viens d'avancer.

Si j'ajoute que la crainte bien légitime de développer une réaction dangereuse chez les malades a porté les médecins à employer des doses minuscules qu'on répète plusieurs fois, si cela est nécessaire, les injections ainsi répétées auront tous les inconvénients présentés par les injections prétendues curatives de Koch. Les malades sont ainsi soumis à de petites poussées congestives et fébriles dont nul ne peut mesurer le degré.

Le diagnostic de la tuberculose commençante par les injections de tuberculine et de sérum doit donc être absolument rejeté de la pratique. Du reste les dernières publications sur ce point de séméiotique font présager que cette méthode d'investigation est aujourd'hui généralement abandonnée.

Aura-t-on recours, pour le diagnostic, aux rayons Rœntgen : je n'y vois aucun inconvénient. Je trouve cette expérience fort intéressante; elle ne présente absolument aucun danger, je n'ai qu'une objection à y faire, c'est que, pour qu'elle puisse dévoiler la présence des tubercules dans les poumons, il faut que la lésion soit déjà suffisamment développée pour être perçue par les signes de l'auscultation et de la percussion.

D[r] P. Jousset.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

Indigo, Cocculus et Coca étudiés comme remèdes nerveux

Par Colby, de Boston.

Indigo.

Indigo ne fournit pas un très grand nombre de symptômes, ce qui tient sans doute à ce qu'il n'a pas été expérimenté d'une façon très complète.

Indigo affecte l'esprit et le sensorium comme le prouve ce fait que les teinturiers qui l'emploient deviennent mélancoliques. Il y a aussi l'effet opposé que l'on observe souvent chez les épileptiques avant les accès : excitation et désir d'être occupé. Les infirmiers qui s'occupent des épileptiques ont souvent remarqué ces symptômes. Il y a aussi un peu de dérangement mental et des convulsions.

Du côté de la tête,on note un vertige excessif avec des maux de tête, du vertige et des envies de vomir sans résultat, diverses espèces de douleurs de têtes lentes avec

pression ; cette pression devient si marquée, que la tête donne la sensation d'être fortement serrée par un bandage. Le symptôme bouffées de chaleur se dirigeant de l'estomac vers la tête est très suggestif. Sensation ondulatoire dans toute la tête, rendant la vue indistincte. Battements dans la tête semblant produits par de petits marteaux. Violents élancements dans le pariétal droit de bonne heure le matin, disparaissant après le lever. Diverses douleurs aiguës ou piquantes en différentes parties de la tête. Douleur térébrante dans le front le soir avec accablement et langueur.

Remarquez qu'avec ces symptômes de la tête il n'y a pas de sensation de fourmillement ou de rampement dans le cuir chevelu et qu'ils se rapportent surtout à la partie interne de la tête bien que ceci ne soit pas absolument exact.

Comme se rapprochant un peu des symptômes vertigineux, nous trouvons des douleurs dans les oreilles et surtout des bruits d'oreilles.

Il peut y avoir aussi quelques symptômes réflexes nasaux : douleurs térébrantes et sécantes dans le nez, titillation, éternuements excessifs avec épistaxis. Il faut penser à ces symptômes que nous rencontrons si souvent chez les malades qui ont de la grippe et des vertiges.

La 5e paire est affectée comme le prouve la paralysie de la face et les douleurs aiguës dans la figure et les dents.

Les symptômes de l'estomac et du ventre s'adaptent parfaitement à certains cas d'hystérie que nous rencontrons souvent. Ce sont des nausées avec envies continuelles de faire des éructations, du hoquet, des vomissements de liquide aqueux ou muqueux, une sensation de quelque

chose qui remue dans l'estomac, des douleurs dans l'estomac ou dans le ventre, du ballonnement avec changement de flatulence, et de fréquentes coliques.

Les symptômes urinaires sont les plus constants et ils ont été notés par tous les expérimentateurs ; ils sont tous dus à de l'irritation de la vessie et de l'urèthre. L'appétit sexuel est d'abord diminué ; plus tard, et comme symptôme secondaire, il est augmenté.

Il n'y a pas besoin de parler en détail des symptômes somatiques ; il suffit de dire qu'ils se montrent dans presque tous les endroits du tronc et des membres et qu'ils ont un caractère d'élancement ou de piqûre avec faiblesse des membres supérieurs et inférieurs, ce qui est bien le type des douleurs et de la faiblesse de la neurasthénie hystérique, mais nous ne trouvons nulle part l'engourdissement ni les picotements de la véritable hystérie, pas plus que des symptômes de névrite ou de lésion médullaire sérieuse. Les douleurs sont aggravées par le repos et étant assis, elles disparaissent souvent par le mouvement, la pression ou les frictions.

Indigo a été longtemps employé, dans la médecine traditionnelle, contre l'épilepsie. Je l'ai essayé dans presque tous mes cas d'épilepsie depuis douze ans et le pourcentage de mes guérisons actuelles dépasse de beaucoup celui des guérisons que l'on obtient avec les bromures ou n'importe quel autre mode de traitement. J'atteins actuellement 10 p. 100 de guérisons apparentes, c'est-à-dire dans lesquelles mes malades n'ont eu aucune attaque de grand ni de petit mal depuis plus de deux ans. Dans trois cas, Indigo a semblé produire une augmentation des crises. Dans beaucoup de cas, où Indigo n'a pas produit une guérison complète, il a réduit le nombre des crises qui se produisaient

toutes les semaines ou tous les mois à trois ou quatre par an.

La pathogénésie d'Indigo nous engage à l'employer plus souvent contre la neurasthénie et dans cette forme d'hystérie où les douleurs prédominent, et dans quelques cas de paralysie non douloureuse.

Cocculus.

Ce médicament a été très complètement expérimenté, puisque Hahnemann et ses amis ont noté jusqu'à 500 symptômes.

Les symptômes de l'esprit, du sensorium et de la tête indiquent qu'il exerce une influence bien marquée sur la circulation cérébrale. Ce remède a été employé surtout dans les troubles gastriques et intestinaux, mais l'état d'intoxication et même la suspension des sens indiquent qu'il a une action puissante sur les centres nerveux.

Les symptômes mentaux sont surtout de la confusion mentale avec un fond de mélancolie. Lorsqu'il se manifeste de l'excitation ou de la colère, il semble que c'est dû à ce que la malade s'est fatigué à penser. Les pensées sont uniquement dirigées sur des objets désagréables; on s'absorbe dans ses propres pensées, sans rien voir autour de soi. Absorbé dans les plus tristes pensées, absorbé dans des rêves, rien ne fait plaisir; on pleure et on est très mécontent de soi-même. On ne se tracasse pas de sa propre santé, mais on s'inquiète beaucoup de la moindre indisposition des autres. Combien souvent voyons-nous un mélancolique sans hypochondrie qui ne se préoccupe en rien de son corps, mais qui est tracassé et anxieux pour le moindre malaise d'un membre de sa famille.

Les pupilles sont contractées; il y a de l'anxiété comme après un grand crime ou une mauvaîse action; désespoir.

Les symptômes que l'on peut rapporter à la tête ou au cerveau indiquent plutôt un trouble de la circulation qu'un appauvrissement de celle-ci, même dans les phénomènes épileptiformes. Nous trouvons un fourmillement alternatif des pieds et des mains, immobilité paralytique des membres, disposition à s'inquiéter. Ces symptômes peuvent se rattacher franchement à l'hystérie.

Le symptôme 440 nous offre un tableau supposé représentant l'épilepsie, mais c'est bien plutôt une contrefaçon de la grande hystérie. Il y a grande faiblesse de tout le corps, le malade a de la difficulté à se tenir debout, accès de faiblesse; les membres semblent lourds et le corps est si fatigué, que la malade ne peut pas se tenir éveillée.

Les symptômes de la tête sont significatifs, il y a du vertige comme par l'ivresse avec sensation de stupeur dans la région frontale. En se levant, vertige et envie de vomir.

Vous ne trouverez pas de symptômes assez marqués du côté de l'oreille pour en tenir compte.

Sensation de stupeur dans la tête avec sueurs froides au front. On est obligé de lire une phrase plusieurs fois avant de la comprendre. La tête est douloureuse comme si elle était fortement bandée. Presque tous les maux de tête siègent dans la partie antérieure au bregma et ils sont plutôt lents et semblables à des pressions qu'aigus.

Bien qu'une partie des symptômes gastriques et intestinaux soient sans contredit le résultat du manque de digestion, il y en a bien la moitié à correspondre aux états dans lesquels nous trouvons souvent les malades qui ont de la mélancolie ou de l'épuisement des cellules nerveuses. Tout le monde connaît cette symptomatologie et il n'y a

pas besoin de la répéter. Les symptômes des reins ressemblent tellement à ceux que l'on observe chez beaucoup de femmes neurasthéniques qu'on me pardonnera de les redire. Douleurs paralytiques dans les régions lombaires et sacrée. Tiraillements spasmodiques dans les hanches empêchant de marcher. Les reins et la partie dorsale de la colonne vertébrale semblent brisés, mais la pression n'augmente pas cette sensation (ce n'est pas la rachialgie hystérique). Tremblements dans le dos, élancements; diverses douleurs de tiraillement et d'élancement dans les reins.

Douleurs de reins étant debout comme si on avait fait un trop grand effort ou forcé ces parties. Douleur dans l'épine dorsale comme si elle allait se rompre. Douleurs térébrantes entre les épaules et la colonne vertébrale. Douleurs de piqûres dans le cou en renversant la tête en avant ou en arrière. Craquements douloureux dans les vertèbres en remuant la tête.

Coca

Coca a été généralement employé comme tonique nerveux et a donné à beaucoup de personnes l'impression que c'est bien sa sphère d'action, mais lorsqu'on l'emploie ainsi, on ignore complètement la totalité de ses symptômes. En outre, on reste toujours dans l'incertitude de savoir si le dissolvant vineux n'est pas pour autant que lui dans la gaieté et le sentiment de bien-être. Car, il faut se rappeler que toutes les préparations de Coca généralement employées sont des teintures préparées avec du vin de Bourgogne ou quelque autre espèce de vin.

Coca a été expérimenté par quelques expérimentateurs et leurs rapports sont modérément remplis. En choisissant les symptômes qui ont une application directe dans les affections nerveuses, les expérimentateurs étant au nombre de douze qui ont pris chacun de deux à douze doses, nous trouvons : vertige soulagé par le repos, peu disposé à dormir. Endormi, mais impossibilité de trouver le sommeil. Irritable, faible et fatigué. Sensation d'épuisement dans la tête. Éclairs devant les yeux. Possibilité de rester levé la plus grande partie de la nuit et d'écrire sans trop de fatigue, deux jours après on dort profondément nuit et jours (ceci peut avoir été un effet de réaction naturel et non pas le résultat direct du médicament). Vertige avec la tête qui tourne. Tache blanches et lignes serpentines brillantes devant les yeux, puis faiblesse, et douleur de tête pressive, puis indigestion et nausées. L'après-midi mal à la tête. Sentiment de surdité sans réelle diminution de l'ouïe. Quelques bourdonnements d'oreilles. Dyspnée non due à une cause thoracique. Diplopie qui fait croire que l'on se sert de deux plumes et les lettres deviennent confuses, puis au bout de deux heures violent mal de tête et bourdonnements d'oreilles. (Ces symptômes se répétèrent chez un expérimentateur). Grande excitation nerveuse Rêves anxieux. Grande confusion de la tête, on ne peut pas comprendre ce qu'on lit. Palpitations. Tension dans le front. Pouls augmenté de 64 battements par minute avec tintements d'oreilles (la température n'est pas donnée). Quelques expérimentateurs éprouvèrent de la gaieté et un désir impulsif de travailler. Ceci correspond un peu au désir insurmontable de travailler qui précise beaucoup de cas de neurasthénie.

Coca dilate la pupille comme Belladonna et produit la même intolérance de la lumière. Lorsqu'on l'emploie d'une façon habituelle, il cause de la timidité, produit des visions de diverse nature, belles et horribles; en cela on peut le comparer à Cannabis indica.

Si nous analysons les douze expérimentations, dans six seulement il y a eu des douleurs de tête; quatre ont présenté des symptômes bien marqués du côté des yeux, quatre des palpitations, trois ont souffert de vertige, huit ont eu un sentiment d'excitation avec une puissance de travail inaccoutumée. Sept ont eu des troubles du sommeil, quatre de l'épuisement, soit seul, soit alterné avec de l'excitation, quatre de la dyspnée. Le pouls n'a été noté que dans 2 cas et dans ces 2 cas il y a eu augmentation de fréquence.

Il est assez surprenant que nous ne trouvions aucun symptôme du côté des nerfs périphériques; d'autant plus que les effets engourdissants de la cocaïne sur les terminaisons nerveuses sont très marqués lorsqu'on l'applique localement. On pourrait s'attendre à ce que Coca, pris à l'intérieur, produise des symptômes de paralysie sensorielle ou secondairement des douleurs de névrite.

Je pense qu'en étudiant soigneusement les symptômes, on trouvera que Coca s'emploie admirablement dans beaucoup de cas de neurasthénie. Il en a cette manie de faire quelque chose suivie d'épuisement, de mal de tête avec vertige et tintements d'oreille.

Aucun remède n'a plus exactement le mal de tête classique précédé d'éclairs et de lignes lumineuses, de vertiges, et même chez quelques expérimentateurs il y a eu aussi des vomissements.

On peut comprendre en lisant cette symptomatologie

pourquoi les diverses préparations de Coca ont obtenu une telle réputation.

Traduit par le Dr G. NIMIER.

PATHOGÉNÉSIE DE LA COCAÏNE

(*Suite*).

28° PLOSS (*Varges Zeitsch.*, 1863, p. 222). — Un pharmacien, dans l'intention de se suicider, retira 24 grains (1 gr. 55) d'une substance cristalline de 2 livres (740 gr. 48) de feuilles de coca, et les prit dans de la bière; il prit ensuite deux petits verres d'eau-de-vie. Pendant quelque temps, il se sentit bien et s'endormit, mais il fut réveillé par des coliques d'estomac, des douleurs brûlantes au palais, de la sécheresse de la bouche et de la gorge, des étourdissements, une grande faiblesse dans tout le corps, une connaissance parfaite, le pouls et la température normale. Après avoir pris un grain et quart (0 gr. 08) de morphine, il se trouva sans sommeil et bien réveillé, quoiqu'il ne rendit aucune urine pendant vingt-quatre heures.

29° KENNICOTT (*Chicago Med. Journ. and Exam.*, oct. 1885). — Une femme de 25 ans, de bonne santé, se servait d'une solution de cocaïne à 2 p. 100, à cause de fièvre des foins. Son flacon étant terminé, son mari se procura, sans ordonnance, chez un droguiste deux flacons de 5 grains (0 gr. 32) de chlorhydrate de cocaïne, de pleine force ; Mme S... s'appliqua aux deux narines les deux tiers d'un des petits flacons, au moyen d'un petit insufflateur en verre. Quinze à vingt minutes après, elle

se sentit étourdie, avec obscurité de la vue, sensation d'abattement et grande faiblesse. Quand le D[r] Kennicot arriva, une demi-heure après, il trouva la malade dans un état de demi-coma, dont on pouvait facilement la tirer, mais elle répondait aux questions avec difficulté. Quand elle était réveillée, son esprit était clair. Sa température était au-dessus de la normale, la peau chaude et sèche. Le pouls radial était très rapide, et si faible qu'il était difficilement perceptible. Pupilles largement dilatées. Déglutition et émission des mots difficiles. Il y avait un peu de dyspnée. La malade se plaignait de sécheresse de la gorge. et d'un goût amer dans la bouche; en outre, elle tremblait de froid et ses dents claquaient, bien que la température fut encore au-dessus de la normale. Ensuite, elle s'assoupit, ses yeux étaient fermés. Il y avait une grande faiblesse, elle ne pouvait tenir sa tête droite. Il y avait un peu de dyspnée, mais pas trop forte. Quelques nausées mais sans vomissements. Les extrémités étaient froides et sa tête libre, quand elle se réveilla. Elle se remit en trois heures sous l'influence de stimulants (eau-de-vie et ammoniaque) et de la digitale. On appliqua de la chaleur aux extrémités et à l'épigastre et on frictionna les extrémités.

30° Schilling (*N.-Y. Med. News.*, mars 1886). — Il rapporte un cas d'empoisonnement grave au moyen de la cocaïne, causé par l'injection dans une gencive de II gouttes d'une solution à 20 p. 100. La motilité et la sensibilité avaient entièrement disparu ; il existait une amaurose et une dyspnée absolue. La malade put avaler et appela son mari, qui était absent, se plaignant de froid

et d'obscurité. Schilling attribue cet état à la contraction des vaisseaux du cerveau.

31° KELHAM (*Lancet*, 1[er] janvier 1887). — John B... prit le 9 novembre 1886, à midi 10, 4 grains 4/5 (0 gr. 31) de chlorhydrate de cocaïne. A midi 30, violentes crampes d'estomac, nausées, sensation de battements et d'éclatement dans la tête, affaiblissement de la vue, perte de l'usage des jambes, discours incohérents, confusion des idées, assoupissement ; il peut toujours répondre aux questions lorsqu'il est réveillé ; il paraît ivre et est dans un état d'impuissance complète. L'eau-de-vie qu'on lui fait prendre est vomie. A midi 50, il commence à transpirer abondamment, ses vêtements en sont traversés ; la sueur ruisselle de son visage et de son corps ; sa tête fume. Les pupilles sont normales. La transpiration est suivie d'une grande prostration, avec frissonnements et sensation de mort prochaine. Par moments, crampes d'estomac, vomituritiou et vomissements d'un liquide clair, suivi de soulagement. A 1 h. 15, pouls intermittent tous les 5 battements, cyanose de la face, intense sensation de suffocation à la région du cœur. Le pouls passe de 80 à 86. A 1 h. 15, crampes dans les jambes et les pieds, surtout à la face dorsale du pied droit, fourmillement et engourdissement dans les mains. Ensuite, dilatation des pupilles. Les vomissements et les crampes cessent à 4 heures (excepté si on prend de la nourriture), l'assoupissement, la prostration, le mal de tête pulsatile persistent jusqu'à 6 heures, où le malade redevient chaud et est soulagé. Grande faiblesse de tête et vertiges toute la nuit. Le lendemain, encore, faiblesse, vomissements continuels, sécheresse de la bouche avec sensation de cuir, perte du

goût, perte partielle de la force des jambes, fourmillement et engourdissement des doigts, surtout à la main droite. La plupart des symptômes disparurent vingt-quatre heures après la prise de la cocaïne ; la faiblesse des jambes persista trois jours, les fourmillements des doigts plus longtemps. Il ne put écrire que le sixième jour, où même la sensibilité à la douleur n'existait pas dans ses doigts.

32° X..... (*in the Hughes medical club of Massachusetts*). — Il existe un grand nombre de cas dans lesquels des effets toxiques ont suivi l'emploi du chlorhydrate de cocaïne en oculistique. Dans quelques cas, les symptômes ont été passagers, consistant en pâleur de la face, vertiges, transpiration de la face et du cou ; dans d'autres, on a observé de la dyspnée, une sensation de grande prostration, du malaise et de l'apathie, persistant quelquefois pendant plusieurs jours.

Les vomissements et le mal de tête ont été rares. Dans un cas, l'application de XV gouttes d'une solution à 2 p. 100 sur la conjonctive fut suivie par une démarche vacillante, une difficulté de la parole, de la confusion mentale et une agitation extraordinaire ; dans un autre cas, l'injection sous-conjonctivale de VIII gouttes d'une solution à 3,5 p. 100 produisit des convulsions avec perte de connaissance. Dans cette classe de cas la force des solutions employées variait de 2 à 4 p. 100 ; et la quantité de II à IV gouttes. Ces sujets étaient dans quelques cas des femmes faibles et âgées ; dans d'autres, il s'agissait d'individus forts et en bonne santé, hommes et femmes.

33° Keyser (*Therapeutic Gazette*, janvier 1885). — Il a observé 6 cas, dans lesquels le développement de la

panophthalmie peut être attribué à l'usage local de la cocaïne pendant l'opération. La force des solutions employées variait de 2 à 4 p. 100; celles qui furent employées dans trois cas au moins furent reconnues comme fraîches et l'examen microscopique ne fit reconnaître ni microcoques, ni substances délétères pouvant avoir causé l'inflammation. En rapportant ces cas, le Dr Kaiser note que l'inflammation se déclara tout à fait ou à peu près comme celle qui est consécutive à l'emploi du Jequirity dans le trachome, excepté qu'il y avait plus de gonflement de la conjonctive oculaire et même plus qu'après la panophtalmie traumatique. Dans cette dernière, la partie inférieure de la conjonctive bulbaire était beaucoup plus gonflée que la partie supérieure, qui réellement est peu gonflée au début, étant seulement très injectée; tandis que dans les cas qui sont consécutifs à l'emploi de la cocaïne, la partie supérieure de la conjonctive était beaucoup plus gonflée que l'inférieure.

L'œdème de la conjonctive bulbaire était particulièrement marqué. Le Dr Kaiser pense que cet état peut être pathognomonique de l'action de la cocaïne dans l'inflammation qui peut se présenter pendant la réaction qui peut suivre la pâleur des vaisseaux et des tissus causée par la cocaïne.

34° Bauer (*N. Y. Med. Record*, 1895). — Dix grains (0 gr. 65) furent injectés à un homme ivre. L'action de la cocaïne se montra en 15 à 25 secondes, arrivant à toute sa force en moins d'une heure; en deux heures, les effets étaient tout à fait dissipés et la réaction suivit graduellement. La drogue eut un effet très marqué sur le cœur, le pouls montant graduellement, de son battement normal

à 120 et 130; l'appétit était détruit; une constipation opiniâtre persista pendant plusieurs jours et fut difficile à faire disparaître. La sécrétion de l'urine fut supprimée pendant quelque temps et la fonction sexuelle suspendue.

36° KENNICOTT (*ibid.*). — Une jeune femme aspira par le nez environ 3 gr. (0 gr. 195) de chlorhydrate. Au bout de 15 à 20 minutes, étourdissements, obscurcissement de la vue, sensation d'abattement et grande faiblesse. Le docteur la trouva dans un état demi-comateux, dont elle était cependant facilement tirée. La température était au-dessus de la normale, la peau chaude et sèche; le pouls était très rapide et si faible, qu'il était difficile à reconnaître. Les pupilles étaient largement dilatées. La déglutition et l'articulation étant difficiles. Il y avait un peu de dyspnée; elle se plaignait de sécheresse de la gorge et d'un goût amer dans la bouche; elle frissonnait de froid et ses dents claquaient. Plus tard, elle s'endormait; les yeux étaient fermés. Il y avait une grande faiblesse et elle ne pouvait supporter sa tête; en outre, quelques nausées sans vomissement. Elle revint à la santé environ au bout de trois heures, sous l'influence de stimulants et de digitale.

37° SCHADLE. (*Medical Register*, 11 août 1898). — Pour préparer des opérations intra-nasales, introduction fréquente dans les narines de cocaïne. A chaque application, le patient, homme de 35 ans, mentionnait une sensation de froid, de relâchement des organes génitaux externes, comme si le pénis était absent. Pendant toute la durée du traitement, sensation constante de faiblesse des organes génitaux, suivie de pertes séminales et d'impuissance, qui persista jusqu'à ce que la cocaïne ait été complètement cessée.

38° X. (*Lancet*, fév. 1889). — Un homme souffrant d'une affection tuberculeuse chronique des reins et des voies urinaires prit par erreur 20 grains (1 gr. 30) dans de l'eau. Les premiers effets de la drogue ne furent pas connus, parce qu'il s'était passé au moins une heure lorsque la garde, entendant son malade faire quelques bruits inusités, s'approcha de lui. Il était dans une position arquée sur le dos, ressemblant à l'opisthotonos et avait des mouvements convulsifs dans les membres. La connaissance persista à un certain degré jusqu'au moment de la mort, qui survint environ une heure après avoir bu le poison. L'autopsie montra principalement les lésions de la maladie de cet homme, mais on peut mentionner que les poumons et le cerveau étant congestionnés, avec quelques effusions séreuses dans l'arachnoïde, et que les cavités du cœur n'étaient ni contractées ni dilatées, mais contenaient toutes un caillot sanguin.

39° MAGNAN (*ibid.*). — Il a rapporté à la Société de biologie l'histoire de 3 cas d'empoisonnement chronique par la cocaïne, caractérisés par des troubles mentaux et sensoriels bien marqués. Dans le premier cas, on avait substitué la cocaïne à la morphine, pour soulager une colique néphrétique. Après deux mois d'emploi du médicament, le malade commença à souffrir d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, et d'irritabilité neuro-musculaire. Il cessa la cocaïne pendant six mois pour revenir à la morphine; en y revenant, les hallucinations reparurent, le malade sentant des coups imaginaires sur le corps ou quelque chose sous la peau, avec un certain degré d'analgésie. Quelque temps après, il eut une attaque d'épilepsie.

Dans le second cas, à propos de coliques hépatiques, on fit la même substitution de cocaïne à la morphine et les symptômes semblables aux précédents furent produits, arrivant aussi à une attaque d'épilepsie. Le troisième cas présente aussi des hallucinations de la vue et de l'ouïe, la sensation de corps étrangers sous la peau, avec légère analgésie. M. Magnan en conclut que dans son action sur la sensibilité et sur les organes sensitifs, la cocaïne se rapproche plus de l'alcool et de l'absinthe que de la morphine; avec cette différence que dans l'empoisonnement par la cocaïne le poison paraît agir sur l'écorce cérébrale en commençant par les lobes occipitaux, tandis que l'alcool et l'absinthe paraissent agir sur l'écorce cérébrale dans l'ordre inverse.

40° Banding. (*N.-Y. Medical Journ.* 1885). — Un pharmacien retiré était depuis de longues années la victime désespérée du morphinisme. Cette drogue fut subitement abandonnée et il lui substitua des injections de 1 grain à 1 grain et demi de cocaïne, répétées deux fois par jour (0 gr. 0647 à 0 gr. 0971). Le résultat fut brillant et merveilleusement rapide. Le besoin de morphine cessa immédiatement et les phénomènes angoissants qui accompagnent ordinairement cette cessation subite ne se manifestèrent pas. Mais il était quelque peu inquiet, persuadé qu'un besoin analogue pour la cocaïne se développerait. Il cherchait à diminuer la quantité et finalement à interdire l'emploi de ce nouveau poison, mais en vain. Il se laissa de plus en plus assujettir chaque jour, prenant souvent 20 à 30 grains (1 gr. à 1 gr. 95) par jour. Vers ce moment, il subit un fort ébranlement de l'épine dorsale et tomba sous mon obser-

vation journalière. Je lui trouvais les dents très abîmées par cette drogue, gâtées, avec résorption des racines. L'appétit était complètement aboli, il y avait une sensation de sécheresse de la bouche et de la gorge, mais elles paraissaient humides. Bien qu'il ne prît que très peu de nourriture, son corps n'était pas amaigri d'une façon correspondante. L'insomnie était la règle, mais elle n'amenait pas l'état d'affaissement habituel dans ce cas. Nausées ; excitation des fonctions sexuelles, hallucinations de la vue et de l'ouïe; illusions d'un caractère effrayant, lui faisant craindre de rencontrer à chaque pas un objet effrayant.

41° Smidt et Rank (*Berlin. Klin. Woch.* sept. 1885). — Ils ont expérimenté la cocaïne en injections hypodermiques, d'une part sur eux-mêmes, d'une autre part chez trois morphinomanes.

Sur eux-mêmes une dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 a provoqué en premier lieu un sentiment de chaleur à la tête et aux extrémités, une augmentation de dix à quinze battements dans la fréquence du pouls, une faible augmentation dans la fréquence de la respiration, qui devenait en même temps plus aisée, une mydriase notable. Puis survinrent de la gaîté, de la loquacité, de la facilité et de la promptitude des opérations intellectuelles et une sensation universelle de bien-être.

Ces effets duraient de vingt à trente minutes et ne laissaient après eux qu'un peu de sécheresse de la bouche et du pharynx. Au niveau de l'injection il se produisait de l'anesthésie et de l'analgésie, puis une rougeur circonstrite des téguments, phénomènes qui disparaissaient au bout de quinze à vingt minutes.

De leurs observations chez les morphinomanes, les auteurs concluent :

La cocaïne est un médicament presque indispensable dans la cure de la morphinomanie, qu'elle facilite et abrège singulièrement, sans avoir des effets fâcheux pour la santé des malades.

On doit faire prendre aux malades des doses de cocaïne qui augmentent au fur et à mesure qu'on diminue celles de morphine. La meilleur mode d'administration est l'injection hypodermique d'une solution aqueuse à 5 p. 100. La dose moyenne isolée est pour l'adulte de 0,05. On peut temporairement, sans inconvénient, porter la dose à 0,1 et à 0,15, mais il est dangereux de dépasser celle de 0,2.

Il ne paraît pas y avoir d'accoutumance à la cocaïne.

42° Heymann (*Ibid.* novembre 1885). — Petit garçon de 9 ans et demi, sans hérédité nerveuse. Pour enlever des papillomes laryngés, Heymann badigeonne le larynx et le pharynx avec le chlorhydrate de cocaine. Il avait déjà employé 1 gramme de sel (dont une partie fut avalée entièrement) lorsque l'enfant se plaignit de saisissement et de malaise ; puis il chancela sur son siège, on l'étendit sur un sofa, où il resta complètement apathique, les yeux morts, dans une sorta de somnolence, durant environ cinq heures. Lorsqu'on l'interrogeait, il répondait clairement, mais avec un air étonné et lentement. Au début, il pouvait encore marcher quand on soutenait sa marche titubante. Aucun besoin de manger, aucune douleur ; pupilles non dilatées et réagissant bien, la voix intacte, pas d'insensibilité de la cornée, ni des téguments. Au bout de deux heures, le pharynx avait récupéré sa sensibilité. Le

pouls étant plein et un peu fréquent (100), la respiration légèrement plus fréquente aussi (30 respirations), et la température faiblement au-dessus (38,2) de la normale. Le lendemain, il ne persistait aucun trouble morbide.

Dans la discussion qui a suivi cette observation, Litten insiste sur les précautions à prendre dans l'emploi sous-cutané de la cocaine chez les personnes nerveuses. Par suite, de son action sur l'appareil circulatoire (augmentation de pression), il y a une affluence de sang artériel sur tous les organes qui s'accompagne d'une chaleur « infernale » au dire de quelques malades qui avaient subi une injection de 0,01. La cocaine provoque ensuite deux phénomènes désagréables : 1° la sécheresse de la gorge qui oblige à d'incessants mouvements de déglutition pour avoir de la salive dans la bouche ; 2° le manque d'envie de manger tenant à l'état de la langue.

43° MAYERHAUSEN (*Wien. méd. Presse* 1885). — Une fille de 12 ans s'était blessée la cornée avec une plume métallique dont l'encre avait coloré les couches moyennes de cette membrane, l'auteur entreprit l'abrasion ; mais d'abord, il instilla quatre fois, à cinq ou six minutes d'intervalles, deux gouttes d'une solution à 2 0/0 de chlorhydrate de cocaine de Merk. Pendant l'opération, les douleurs nécessitèrent de nouvelles instillations, de sorte qu'en tout on employa quinze gouttes ; mais les larmes en entrainèrent une partie.

Après l'opération, céphalalgie, puis chatouillement au cou et nausées. Le soir, abattement, torpeur, engourdissement de la langue. Pendant la nuit, délire, agitation. C'est seulement le lendemain soir que disparurent les

malaises et la céphalalgie. Les troubles avaient duré vingt-quatre heures.

44° Schilling (*Aerztl. Int. Blatt.* 1885). — Un dentiste fait chez une jeune femme de vingt-huit ans, enceinte de 7 mois, une injection de deux gouttes d'une solution à 20 0/0 de cocaïne, pour l'avulsion d'une dent. A la fin de l'opération, la malade a les yeux hagards, puis tombe absolument inerte, ne pouvant crier ; la respiration était assez calme ; le pouls régulier. Une injection d'éther n'amena aucun changement dans cet état. Schilling fit alors inhaler du nitrate d'amyle, et, à la seconde inhalation, la malade revint à elle.

Dr Marc Jousset.

(*à suivre*).

ÉTIOLOGIE

CAUSES DU TERTIARISME

M. le professeur A. Fournier, dans sa clinique de l'hôpital Saint-Louis, recherche quelles sont les causes des accidents tertiaires de la syphilis.

Et d'abord, y a-t-il des causes à ces accidents ? Sans nul doute, puisque telle syphilis aboutit au tertiarisme, tandis que telle autre en est exempte.

Quelles sont ces causes ? Sa longue expérience des maladies vénériennes, et les nombreuses observations qu'il a pu recueillir au cours de sa pratique médicale, lui ont permis de ranger ces causes sous quatre chefs différents.

I. — *Causes relevant du genre morbide*, qui sont de

l'essence même de l'affection, et ne sont imputables qu'à la maladie.

Ces causes ne sont pas niables. Il est des syphilis qui naissent malignes et donneront lieu fatalement à des accidents tertiaires graves, tandis que d'autres seront et resteront bénignes, sans que l'on puisse à cela attribuer d'autre cause que le génie morbide de la maladie. Une syphilis est mauvaise, une autre est relativement légère. Pourquoi ? On n'en sait rien. C'est un fait évident, que l'on ne peut que constater, et dont l'étude des conditions propres au sujet ou dues aux influences extérieures, ne saurait donner l'explication (1).

Toutefois, on aurait tort de conclure de la bénignité des accidents primaires et secondaires, à la bénignité ou même à la non apparition des accidents tertiaires. Ce serait une erreur de croire qu'une syphilis est bénigne ou maligne d'emblée. C'est le contraire qui est la vérité. Il arrive souvent, très souvent même, qu'à des accidents secondaires légers, succède une syphilis tertiaire d'une gravité extrême. On pourrait presque poser en principe que le tertiarisme est d'autant plus à craindre que les accidents secondaires ont été plus anodins. Sur 2.188 syphilis tertiaires qu'il a observées, M. le professeur Fournier en a trouvé 1.990 qui ont succédé à des syphilis secondaires légères, alors que 198 seulement avaient été pré-

---

(1) Il n'est pas exact de dire que c'est le *génie* de la maladie qui est cause de la gravité de la syphilis transmise. Une femme transmet, le même jour (c'est un fait d'observation), la syphilis à plusieurs hommes. Pourquoi est-elle bénigne chez les uns et conclut-elle au tertiarisme chez les autres ? Le virus est le même, mais chaque organisme fait sa maladie suivant sa nature, suivant sa *prédisposition*. A. X.

cédées d'accidents secondaires graves. Ce qui donne, pour 100 syphilis tertiaires, 10 syphilis secondaires sérieuses, et 90 tout à fait bénignes. Et, d'ailleurs, quel est le médecin qui, dans sa pratique journalière, n'a eu à traiter des sujets pour lesquels, seule, l'apparition des accidents tertiaires fut une révélation.

Ainsi donc, conclure de la bénignité initiale d'une syphilis à sa bénignité d'avenir, serait une erreur funeste contre laquelle on ne saurait trop prémunir et le malade et le praticien.

II. — En dehors des causes provoquant le tertiarisme, qui tiennent à l'essence même de la maladie, il en est d'autres qui lui sont étrangères, et qui viennent parfois assombrir terriblement le pronostic.

Tout d'abord, les causes se rattachant aux *influences du terrain*.

Parmi celles-ci, relevons tout de suite les *conditions d'âge*. Il n'est pas douteux que les accidents tertiaires ne soient particulièrement fréquents aux extrêmes de la vie, c'est-à-dire pendant la vieillesse ou bien dans les premiers mois de l'existence. Tout individu qui contractera la syphilis à un âge avancé, aura presque fatalement des accidents tertiaires; de même, chez le nouveau-né, la syphilis, héréditaire ou non, aboutira, parfois, d'emblée, au tertiarisme.

Les *conditions défectueuses de santé*, de *constitution native*, de *tempérament*, favoriseront également l'éclosion des accidents tertiaires. L'anémie, le lymphatisme, la scrofulo-tuberculose seront des causes de tertiarisme qui, d'ailleurs, imprimeront à l'affection leur cachet propre. Et c'est avec raison que Ricord donnait le nom de scrofulates

de vérole à ces syphilis ulcéreuses, qui sont l'apanage des scrofuleux.

Toutefois, une bonne santé ne constitue pas une sauvegarde contre le tertiarisme, qui frappe en aveugle, aussi bien les individus en pleine vigueur que les débilités et les tarés. « Il fait bon de se bien porter quand on prend la syphilis, mais cela ne suffit pas », disait encore Ricord, que l'on ne saurait trop citer.

Vient ensuite l'*hérédité pathologique*, dont la manifestation la plus fréquente, le nervosisme, aboutit à la syphilis cérébro-spinale, ainsi qu'aux formes dites parasyphilitiques.

L'*alcoolisme* est encore un des facteurs étiologiques du tertiarisme. Il provoque, lui aussi, des affections spécifiques du névraxe, — syphilis cérébrale, paralysie générale, tabès, etc. ; — ou bien donne lieu aux formes dites à *jet continu*, dans lesquelles le malade est sujet, de longues années durant, à des poussées multiples, interrompues, de loin en loin, par de courtes accalmies.

C'est au *paludisme* que nous devons les *syphilis exotiques*, rares heureusement, dont la nocivité tertiaire éprouve si cruellement nos coloniaux.

Viennent enfin les *influences dépressives de tout ordre*, qui ont toutes pour effet « d'inférioriser le malade à l'égard de la maladie ». Telles sont : les *conditions défectueuses d'hygiène* ; la *misère*, — synthèse de ces dernières ; — les *maladies antérieures ou actuelles*. Les *influences d'ordre moral* ont également leur part, — beaucoup plus grande qu'on ne le suppose généralement, — dans les manifestations des accidents tertiaires.

A ces diverses causes, se rattachent les *surmenages*, que M. le professeur Fournier divise en quatre classes :

Surmenage physique ;
Surmenage intellectuel ;
Surmenage vénérien ;
Surmenage des plaisirs, ou *surmenage mondain.*

Le *surmenage physique* se passe facilement de commentaires. Il infériorise l'individu, et permet, par cela même, à la maladie, d'évoluer sur un terrain tout préparé.

Le *surmenage intellectuel* donne lieu aux accidents cérébraux de la syphilis. Ces accidents sont fréquents chez tous ceux qui font abus de leur cerveau, les médecins par exemple.

Le *surmenage vénérien* est non moins funeste. Il déprime l'organisme, tout en excitant le cerveau.

A ce propos, M. le professeur Fournier cite une petite collection de faits, qui lui paraît tout à fait significative : « Six fois, dit-il, j'ai vu des accidents cérébraux succéder très rapidement au mariage, et toujours exactement dans les mêmes conditions, c'est-à-dire à la suite d'excessives prouesses au cours de la lune de miel. L'histoire de ces six malades était identiquement la même : syphilitiques de vieille date, mais absolument bien portants et valides au moment de leur mariage, ils s'étaient tous plus que largement dédommagés de la continence du fiancé par de grands excès vénériens *post nuptias.* Tous furent frappés, à échéances diverses, d'accidents cérébraux (accès épileptiques, ictus apoplectiformes, hémiplégies, etc.), l'un trois mois, deux autres au deuxième mois, et les trois derniers quinze, treize et dix jours après le mariage. »

Le *surmenage des plaisirs* ou *le surmenage mondain* s'observe dans la classe bourgeoise, et mieux encore dans la classe aristocratique. C'est le lot du clubman, du noceur dont la vie n'est qu'un perpétuel abus de plaisirs et de

fêtes, et dont la journée, commencée au cercle, se continue au théâtre pour finir dans les restaurants de nuit. « Pâle, plombé, grisonnant dès la trentaine, fourbu, vanné et décrépit avanf l'âge », il sera une proie facile à la syphilis qui lui fera durement payer ses excès antérieurs. Syphilis cérébrale, paralysie générale, tabès : tels sont les accidents qui guettent le fêtard vérolé.

En dehors des causes d'ordre général, qui prédisposent au tertiarisme, il en est d'autres, d'*ordre purement local*, qui agissent dans le même sens.

C'est ainsi que tout organe lésé par une affection quelconque se trouve par cela même infériorisé, et devient un *locus minoris resistentiæ* sur lequel la syphilis portera ses ravages. Les varices, par exemple, appellent les ulcères; ulcères pour lesquels il sera, dans bien des cas, fort difficile de faire la part de la diathèse syphilitique et celle de la maladie des vaisseaux,

III. — Le troisième groupe étiologique comprend les *causes extérieures* qui peuvent provoquer le tertiarisme, ou du moins l'aggraver lorsque déjà il existe.

L'influence du *tabac* sur les lésions tertiaires de la langue et de la bouche n'est pas niable.

Le *traumatisme*, également, sera souvent l'occasion, le prétexte d'explosions tertiaires.

IV. — La quatrième cause du tertiarisme est l'*absence ou l'insuffisance du traitement mercuriel* dans les premières années de l'infection.

Cette cause, M. le professeur Fournier la considère comme de beaucoup la plus importante. Et ceci pour les trois raisons suivantes :

1° C'est que, dans la plupart des cas, elle est *la seule* à invoquer comme étiologie du tertiarisme.

2° Les accidents tertiaires sont fréquents chez les sujets qui ne se sont pas traités ou l'ont fait d'une façon insuffisante.

3° Et ceci peut servir de corollaire à la proposition précédente : le tertiarisme est vraiment rare chez ceux qui, dès le début de la maladie, se sont soumis à une médication spécifique prolongée.

Ces propositions ne sont pas, d'ailleurs, émises à la légère ; elles découlent du classement méthodique de 2.393 observations.

Sur 2.393 individus syphilitiques, dont la syphilis a abouti au tertiarisme, 1.830 ne se sont pas traités du tout ou l'ont fait d'une façon incomplète — tout traitement inférieur à un an étant considéré comme insuffisant — ; 455 se sont soignés de un à trois ans ; enfin 63 seulement ont subi un traitement d'une durée égale ou supérieure à trois années. Ce qui fait que, sur 100 malades ayant eu des accidents tertiaires, il en est 78 dont le traitement fut incomplet ou nul, 19 à traitement moyen, et 3 tout au plus qui se sont soumis à une médication énergique et prolongée. On peut donc conclure de cette statistique, que seulement 3 p. 100 de syphilitiques, bien et longtemps traités, auront à redouter les manifestations tertiaires. Quelle fiche de consolation, quelle planche de salut pour tous ceux qui, ne se faisant aucune illusion sur la gravité de leur mal, sont déterminés à le combattre avec la dernière énergie ! Cette planche de salut, M. le professeur Fournier est heureux de leur offrir.

Mais, malheureusement, ces chiffres que nous venons de citer, inspirent en même temps d'amères réflexions.

Quand on songe que, sur les 1.830 sujets à traitement insuffisant, près de 500 se sont soignés moins de trois mois, 121 n'ont persévéré que quatre semaines, et enfin 9 se sont lassés au bout de huit, sept, cinq et même trois jours, on peut affirmer sans crainte de démenti. « qu'il n'avait rien inventé, le célèbre fantaisiste qui imagina un jour de traiter la vérole *par le mépris* ». De nombreux malades, bien avant lui, avaient mis en pratique ce mode de médication !

P. Xavier.

MATIÈRE MÉDICALE

Lobelia purpurescens

Cette plante connue en France sous le nom de *Lobelia cardinalis*, à cause de ses magnifiques fleurs rouges, croît naturellement au cap de Bonne-Espérance et en Amérique. Elle est très vénéneuse,et est employée comme poison par les Nègres.La *Revue Homœopathique française*, dans son numéro de novembre, contient une note très écourtée sur les principaux symptômes de ce médicament. Nous relevons principalement : mal de tête avec vertige nauséeux ; état syncopal ; langue blanche et paralysée ; affaiblissement considérable des battements cardiaques ; sorte de paralysie du poumon avec respiration lente et qui cesse presque complètement ; prostration profonde ; défaillance des forces vitales ; état lipothymique. L'auteur a oublié de signaler la dilatation des pupilles qui est constante.

Ajoutons qu'administrée à haute dose, la Lobélie déter-

mine des mouvements violents, une super purgation, des convulsions, le coma et un collapsus mortel.

Il est facile de voir que l'action de la Lobélie a la plus grande analogie avec celle du tabac, de la belladone et de la digitale. Nous ne saurions donc trop regretter la pénurie de la littérature médicale sur l'action pathogénétique des lobéliés. Il est bien certain que si les symptômes de cette plante étaient bien étudiés, et surtout différenciés des symptômes analogues produits par d'autres médicaments, nous posséderions dans la Lobélie un médicament qui rivaliserait avec nos polycrestes.

J'ajoute que si l'on veut retirer des Lobélies toute la puissance thérapeutique qu'elles peuvent donner, il faut suivre la loi posée par Hahnemann, *similia similibus curantur*, et se garder de suivre les enseignements du Dr White. « La Lobélie, dit ce médecin, combat la prostration nerveuse de la grippe et semble, dans cette maladie, *détruire le poison*. comme Baptisia le fait dans la fièvre typhoïde. » (p. 431).

Galien et toute l'école allopathique ne tiendraient point un autre langage. Si Lobélia guérit la grippe en détruisant le poison, cause de cette maladie, la Lobélie agit suivant la loi des contraires ; elle peut se réclamer de de l'adage, *sublata causa, tollitur effectus*. Le poison étant enlevé, la grippe, qui est son effet, est supprimée du même coup.

Depuis quelques années, j'ai souvent averti mes confrères du danger qu'il y avait pour l'Homœopathie à se laisser séduire par les explications biologiques des écoles modernes. Le microbe pathogène pénètre dans l'organisme, s'il n'est arrêté par la phagocytose, il se multiplie, sécrète ses toxines et la maladie est produite. Détruisez le

poison et sa cause, le microbe et sa toxine, et le malade guérira.

Or tout cela est faux, aussi bien en étiologie qu'en thérapeutique. Le microbe et ses toxines sont des causes de second ordre, dominées par l'organisme qui fait sa maladie et qui la fait suivant certaines formes, et la thérapeutique qui consiste à détruire le microbe n'est qu'un trompe-l'œil, une illusion, puisqu'il n'existe pas d'antiseptique capable d'arrêter une maladie en évolution.

On dira que je me répète, je le sais, mais la faute en est à cet esprit de vertige et d'erreur qui s'est emparé d'un si grand nombre de médecins.

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur les préparations cacodyliques.

M. Gautier. — L'acide cacodylique doit être employé à l'état de cacodylates neutres de soude ou de chaux, employés purs, en injection hypodermique, à des doses variables de 0 gr. 05 à 0 gr. 15 par jour. Donné de cette manière et à cette dose le médicament est toujours bien supporté.

Au contraire s'il est administré aux mêmes doses par la bouche ou en lavements, la fatigue, le dégoût, l'intolérance peuvent se faire sentir au bout de quelques jours.

Le malade est plus ou moins rapidement pris de crampes d'estomac ou bien il souffre de pesanteurs. Son haleine, sa transpiration et toute sa personne exhalent une odeur d'ail qui persiste quelque temps même après la cessation du médicament. Cette odeur alliacée est due à l'oxyde vénéneux de cacodyle, qui se produit dans l'estomac et dans l'intestin sous l'influence d'agents réducteurs de l'acide cacodylique.

Il faut donc toujours recourir à l'injection hypodermique. La forme la plus simple à employer est la suivante :

Cacodylate de soude pur.	6 gr. 04
Alcool phénique.	X gouttes.
Eau distillée. . . . . . q. s. pour.	100 grammes.

Chaque centimètre cube correspond à 0.05 centigrammes d'acide cacodylique pur, dose qu'on peut doubler sans inconvénient à condition qu'on laisse le malade se reposer tous les huit ou dix jours durant une période de même durée.

Prophylaxie de la syphilis par le traitement.

M. Fournier. — La prophylaxie par le traitement comprend naturellement l'ensemble des méthodes thérapeutiques et des interventions médicales de tout ordre, reconnaissant pour visée la stérilisation de la syphilis quant à ses dangers pour autrui. Faire qu'une syphilis donnée reste localisée sur le sujet qui en est affecté sans irradiation sur d'autres victimes, rendre en un mot cette syphilis inféconde en tant qu'origine d'autres syphilis et réaliser ce bienfaisant office rien que par des moyens d'ordre médical : voilà l'objectif du mode prophylactique en question.

M. Fournier résume ainsi sa longue et intéressante communication.

I. — Au nom du bon sens et de l'expérience, les mesures administratives qui constituent actuellement notre unique sauvegarde contre la syphilis et les maladies vénériennes sont d'une insuffisance absolue. Elles réalisent le peu de bien qu'il leur est permis de réaliser, mais elles ne peuvent donner plus.

Les conserver est de prudente et sage politique. Mais il est urgent dans l'intérêt de tous de chercher à mieux faire.

II. — Actuellement l'organisation hospitalière n'est pas dirigée pour réaliser, comme elle le pourrait, la prophylaxie de la syphilis par le traitement.

Car c'est non pas avec des hopitaux qu'on peut traiter et stériliser la syphilis mais bien avec un système fortement organisé de consultations externes.

Or, actuellement, ces consultations sont en nombre insuffisant et encombrées à l'excès. Elles sont gratuites et cependant elles sont onéreuses au malade parce qu'elles lui font perdre sa journée en partie ou en totalité. Elles sont déplaisantes, désobligeantes, inconvenantes, vexatoires, odieuses, de par la confession forcée et publique de la syphilis.

III. — Conçu dans un tout autre esprit, le traitement prophylactique de la syphilis devrait avoir pour organe des dispensaires rattachés aux hôpitaux — dispensaires multiples — dispensaires méthodiquement répartis par quartiers — fonctionnant à jour et à heure propices au malade, voire le soir — fonctionnant avec distribution gratuite de médicaments — offrant à tout malade au verso

de chaque ordonnance une instruction élémentaire propre à l'éclairer sur les dangers de la syphilis, non pas seulement pour lui-même, mais par rapport à autrui. Cette instruction pourrait être conçue dans les termes suivants :

1° La syphilis est une maladie qui guérit, mais qui ne guérit qu'au prix d'un long traitement, lequel doit être continué plusieurs années, alors même que la maladie ne se traduit plus par aucun signe extérieur.

2° Elle est extrêmement contagieuse notamment par les érosions ou plaies, si minimes soient-elles, qui se produisent soit sur les organes génitaux, soit à la bouche. Le malade syphilitique a donc le devoir rigoureux de s'abstenir de tout rapprochement sexuel alors qu'il porte la moindre lésion aux organes génitaux.

Il a de même le devoir, alors qu'il présente quelques érosions aux lèvres, à la langue ou à la gorge de s'abstenir d'embrasser qui que ce soit, tout baiser même sur la peau saine pouvant être contagieux. La contagion peut même se transmettre par l'intermédiaire de tout objet ayant été en contact avec les sécrétions morbides du malade (verre, cuiller, fourchette, pipe, cigare, cigarette, linge, vêtements, etc.)

3° La syphilis se transmet héréditairement aux enfants (qui le plus souvent en meurent) alors qu'elle n'a pas été suffisamment traitée. Un sujet syphilitique ne peut donc se marier au plus tôt qu'après trois ou quatre ans consacrés à un traitement méthodique et sur autorisation d'un médecin.

4° Un enfant né d'un père ou d'une mère syphilitique ne doit jamais être confié à une nourrice, parce qu'il pourrait transmettre la syphilis à cette nourrice.

5° Alors qu'un sujet syphilitique vient à être affecté

d'une maladie quelconque, il doit toujours déclarer son état de syphilis à son médecin, cette déclaration pouvant être d'utilité majeure pour la direction du traitement et la guérison de la maladie.

IV. — Il faudrait qu'à l'intolérable système de consultation publique par fournées fut substituée la consultation individuelle, privée, secrète. Je réclame donc énergiquement pour le consultant d'hôpital le privilège jusqu'alors accordé seulement au client de la ville, le tête à tête avec le médecin.

V. — Les consultations externes constitueraient un service exclusif de tout autre confié aux médecins titulaires des hôpitaux.

VI. — Il y aurait intérêt général à ce que ce corps médical fut recruté par concours spéciaux et eut son autonomie à la façon du corps des accoucheurs des hôpitaux.

M. Hallopeau propose des conclusions un peu différentes de celles de M. Fournier. Il les résume ainsi :

1° Il y a lieu de rappeler aux médecins qu'ils doivent prévenir tout individu qui les consulte pour une maladie vénérienne du danger de sa transmission soit à d'autres individus, soit à ses enfants.

2° Il serait éminemment utile d'inscrire sur les feuilles des consultations et d'afficher dans les endroits publics un avis invitant toute personne atteinte d'une maladie contagieuse à s'abstenir de contacts de nature à la propager.

3° Une consultation spéciale pour les maladies vénériennes doit être installée dans chaque hôpital ou hospice ainsi que dans chaque bureau de bienfaisance et au dispensaire municipal.

4° On doit s'efforcer d'annihiler les propriétés conta-

gieuses des manifestations syphilitiques et particulièrement pratiques, l'ablation du chancre induré chaque fois qu'il est possible et cautériser les plaques muqueuses avec le nitrate acide de mercure.

5° La consultation de Saint-Louis doit être intégralement maintenue et installée dans une salle plus spacieuse.

6° Les nouvelles consultations spéciales doivent être confiées soit aux médecins des hôpitaux, soit aux médecins du bureau de bienfaisance, soit aux médecins du dispensaire municipal.

7° Si ce personnel est insuffisant on le complètera par la création de places d'assistant données au concours.

8° Les consultations doivent être réservées aux indigents.

9° L'examen des malades ne peut être pratiqué isolément puisqu'il doit être fait en présence d'un public médical souvent nombreux.

L'ALIMENTATION EXCLUSIVE PAR LA VIANDE DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE CHEZ LE CHIEN.

M. Richet. — Chez le chien une alimentation exclusivement animale, c'est-à-dire constituée exclusivement par de la viande crue, empèche très souvent et au moins retarde toujours le développement et l'évolution de la tuberculose inoculée.

L'inoculation des chiens a été faite par voie veineuse (dans la veine saphène tibiale) et le liquide injecté est le produit d'une culture de tuberculose humaine en milieu liquide, on peut fixer la durée de la maladie tuberculeuse ainsi déterminée et mortelle chez le chien à une moyenne très exacte de 30 jours, un mois en chiffres ronds ; à

l'autopsie c'est constamment le poumon qui est l'organe le plus infecté de tubercules.

De 4 séries d'expériences il résulte que la mortalité des témoins est 100 pour 100, la mortalité des chiens alimentés à la viande 50 pour 100 (5 sur 10). La moyenne de survie est de 240 jours pour les chiens alimentés à la viande et de 41 jours pour les 12 témoins.

Comment expliquer cette action de la viande crue ?

Probablement les cellules saturées des substances extractives de la viande s'imprègnent moins facilement des poisons sécrétés par les microbes tuberculeux.

D[r] HUMEAU.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I. PHLÉBITE ET ARTÉRITES D'ORIGINE PALUSTRE. — II. A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA MORPHINOMANIE. — III. RÉCIDIVE DE ROUGEOLE AU BOUT D'UN MOIS. — IV. INTOXICATION MERCURIELLE MORTELLE CONSÉCUTIVE A DES INJECTIONS DE CALOMEL.

I

(*Séance du* 3 *novembre*). — M. RENDU a été appelé au mois de septembre dernier auprès d'un officier, ayant eu autrefois au Tonkin des accès de fièvre bilieuse hémoglobinurique et sujet depuis six ans à des retours offensifs de fièvre intermittente, qui venait d'être pris, à la suite d'un refroidissement, de vomissements répétés avec hyperthermie et état général grave. Ce malade se plaignait, en outre, de très vives douleurs dans la région des reins, il avait de l'albuminurie, et sa température oscillait entre 38° et 39°5.

Il constata à la région lombaire une tuméfaction œdémateuse qui lui fit penser tout d'abord à l'existence d'un abcès périnéphritique; mais au bout de quelques jours la tuméfaction de la région rénale disparut et fut remplacée par une poussée d'œdème douloureux au niveau du mollet droit. Cet œdème, qui avait été annoncé par un frisson, céda également au bout de quelques jours pour faire place à un accident semblable au niveau de la cuisse gauche.

M. Rendu crut devoir attribuer ces poussées œdémateuses, y compris celle de la région lombaire, à des phlébites profondes.

Pendant l'évolution de ces accidents, la région inguinale du côté droit d'abord, du côté gauche ensuite, devint douloureuse; les battements des artères fémorales cessèrent d'être perceptibles en ces endroits sans que la circulation profonde fût interrompue, car jamais il n'y eut menace de gangrène au niveau des extrémités. Cette double artérite persiste encore aujourd'hui, quoique très atténuée.

L'interprétation de ces phénomènes n'était pas sans causer quelque embarras; mais, sur ces entrefaites, M. Rendu apprit que le malade avait eu vers l'age de 15 ans une fièvre typhoïde au cours de laquelle il avait présenté des lésions artério-veineuses des membres inférieurs.

En présence de ce renseignement et malgré les lacunes de cette observation, il n'hésita pas à rattacher les phlébites et artérites en question à un réveil d'accidents infectieux latents provoqués par le paludisme. La récente communication de M. Lancereaux sur les aortites d'origine palustre semble en tout cas corroborer cette interprétation.

M. Mosny rappelle qu'il a publié, il y a quelques mois, l'observation d'une jeune femme qui avait contracté la malaria à Paris. Or, cette femme a été atteinte depuis — si l'on s'en rapporte du moins aux heureux effets du traitement spécifique — d'accidents syphilitiques tertiaires du côté du foie et du tibia. Il paraît donc légitime d'admettre que chez cette malade, comme chez le patient de M. Rendu, le paludisme a réveillé une infection qui était restée absolument latente pendant très longtemps, puisque, depuis treize ans, époque où elle avait fait une fausse couche, cette femme n'avait présenté aucun accident pouvant être mis sur le compte de la syphilis.

II

(*Séance du 10 novembre*). — M. Joffroy a observé un certain nombre de morphinomanes dont la mauvaise condition lui faisaient considérer le pronostic de leur intoxication comme défavorable et qui cependant ont guéri très facilement.

Voici une observation résumée :

Ingénieur de 27 ans, morphinomane depuis sept ans ; pendant quatre ans, quantité faible de morphine, de 5 à 10 centigrammes, et même le malade pouvait la supprimer de temps à autre ; en 1891, augmentation de la dose quotidienne qui va en augmentant jusqu'à 2 grammes par jour. En 1895, usage simultané de la morphine et de la cocaïne. En 1897, il entre à Sainte-Anne, dans le service de M. Magnan, où il est guéri, après avoir présenté des accidents assez marqués d'abstinence, et en particulier une excitation maniaque par moments assez vive. Guérison qui dure trois mois, puis, à la suite de contrariétés, rechute pour laquelle il entre chez le Dr Joffroy à la fin

de décembre 1898, avec une dose quotidienne de 0 gr. 60 de morphine et de 1 gramme de cocaïne.

Le malade est anxieux et redoute les accidents de la démorphinisation, il est profondément cachectique, le faciès est terreux, les extrémités sont habituellement refroidies, le cœur est affaibli et irrégulier, la respiration est superficielle, les poumons présentent aux deux sommets des modifications indiquant une induration tuberculeuse certaine.

Un premier essai de démorphinisation s'était accompagné de malaises avec menace de collapsus, on suspend cet essai, et on établit un régime réconfortant. On lui donne chaque jour 50 centigrammes de morphine comme ration d'entretien, 250 grammes de café noir, et une alimentation abondante. Il en est ainsi pendant cinquante-quatre jours pendant lesquels le poids du malade passa de 62 à 71 kilogrammes. L'état moral s'est dans le même temps modifié très avantageusement et le malade vit dans une tranquillité d'autant plus complète qu'il ne se doute pas qu'on songe à le démorphiniser.

Alors, le 3 mars 1898, *sans rien laisser soupçonner au malade, ni aux infirmiers*, et tout en lui faisant ses piqûres en même nombre et sous le même volume, on réduit de moitié la quantité de morphine, qui se trouve ainsi ne plus être que de 25 centigrammes par vingt-quatre heures.

Le malade ne s'aperçoit pas de cette diminution, ne présente pas de signes d'abstinence, continue à se lever, à se livrer à ses occupations habituelles, à dormir comme d'habitude.

C'est dans ces conditions que, douze jours plus tard, le 15 mars, M. Joffroy fait une nouvelle diminution et ne

laisse que 1 centigramme de morphine pour vingt-quatre heures. En même temps, sous un prétexte quelconque, il prescrit de l'eau de Vichy, une potion avec 20 centigrammes de spartéine et autant de caféine et 4 pilules de 2 centigrammes d'extrait d'opium. La journée se passa presque sans incident. Dans la matinée, X..., pour s'occuper, frotta le parquet de l'infirmerie, mais, dans l'après-midi, il présenta un peu d'énervement et se jeta plusieurs fois sur son lit.

Les jours suivants, le malade continue à se livrer à ses occupations habituelles, et, en l'absence de tout symptôme un peu accusé d'abstinence, on supprime la médication adjuvante.

Le 22 mars on apprend au malade, à son grand étonnement, que la démorphinisation est faite et qu'il est guéri.

M. Joffroy conclut de ce fait et de plusieurs autres analogues, que la suppression de la dose d'entretien ne devra être tentée que chez les malades dont l'état général s'est amélioré, chez lesquels l'appétit est revenu et dont le poids s'est accru de plusieurs kilogrammes.

Il conclut en outre que la suppression de la morphine doit être faite plus ou moins rapidement mais toujours à l'insu du malade et même de son entourage.

M. Rendu pense lui aussi, qu'à côté des symptômes produit par la suppression de la morphine, il en existe d'autres imaginaires par la persuasion où ils sont de ne pouvoir supporter la suppression, même progressive, de leur excitant habituel.

Inversement, ils sont soulagés, quand ils ont la conviction de recevoir leur quantité normale de morphine.

Il a été témoin, dans sa clientèle, du fait suivant. Un monsieur, fort intelligent et à la tête de grandes affaires qui

nécessitaient une lucidité d'esprit absolue, avait de l'emphysème et de l'asthme, qui s'exagérait souvent le soir après le repas. Il en était venu à se faire quotidiennement, le soir, une piqûre de morphine qui le soulageait, et insensiblement était devenu morphinomane.

Pour l'en débarrasser, M. Rendu fit faire d'abord des solutions de plus en plus diluées, avec lesquelles sa femme lui pratiquait sa piqûre du soir. Il était invariablement soulagé au moment même où l'aiguille traversait sa peau, et se remettait à respirer avec calme. Bientôt sa femme usa d'un subterfuge encore plus grossier. Elle remplissait ostensiblement la seringue de Pravaz avec la solution titrée de morphine, puis passait derrière son mari, vidait la seringue, et lui faisait la piqûre à blanc au-dessous de l'omoplate, sans rien lui injecter. Le soulagement était le même. Ce manège dura plusieurs mois, mais s'usa à la longue, avec les progrès d'une affection cardiaque qui finit, trois ans plus tard, par emporter le malade. Il est évident qu'il y avait chez lui des malaises réels, mais singulièrement amplifiés par la suggestion psychique ; et inversement cette même suggestion psychique lui amenait un soulagement non moins réel, quoique purement imaginaire.

M. A. Siredey a observé un cas plus curieux encore. Il s'agissait d'une ancienne infirmière, atteinte d'ulcère de l'estomac ; elle était devenu morphinomane pour combattre ses crises gastriques douloureuses et s'injectait de 8 à 12 centigrammes par jour.

Le jour de son entrée, la surveillante lui refusa sa piqûre malgré ses réclamations et elle eut une violente crise douloureuse avec faiblesse et lipothymies.

Le lendemain, M. Siredey, désirant lui supprimer brusquement la morphine, insista devant elle sur le danger de la suppression de la morphine et ordonna de continuer les injections aux doses qu'elle employait précédemment ; seulement il fit remplacer la solution de morphine par de l'eau salée, à laquelle on avait ajouté un peu d'eau de laurier cerise. La malade n'éprouva ni faiblesse, ni aucun trouble, ses douleurs furent admirablement calmées et cependant il y avait une lésion matérielle qui fut contatée plus tard à l'autopsie.

M. Jacquet cite comme curiosité le cas d'un jeune homme qu'il a observé et qui était arrivé à la dose fantastique de 14 grammes de morphine par jour.

A la séance suivante, M. Linossier est venu apporter son observation : il s'agit d'un homme de 30 ans, devenu morphinomane à la suite de coliques hépatiques et néphrétiques et étant arrivé à une dose quotidiennne de 0 gr. 40.

Il est pris d'une fièvre typhoïde, d'intensité moyenne, mais ayant présenté de nombreuses complications.

M. Linossier voulut démorphiniser son malade pour lui permettre de mieux supporter sa maladie ; il y arriva progressivement ; il est à remarquer que les phénomènes nerveux observés chez le malade furent plus forts, surtout au début de la maladie, à un moment où il prenait encore de fortes doses de morphine ; il y eut aussi des malaises nerveux, violents vers la fin de la maladie, au moment où la morphine était très réduite ; mais M. Linossier ne croit pas qu'on doive les attribuer à la démorphinisation, car il fit lui-même, pour les combattre, une injection de 1 centigr., celle du malade n'étant plus que de 2 milligrammes. Or, l'effet de cette injection, faite au malade sous le nom de

caféine, fut nul, tandis qu'une demi-heure après, son injection habituelle de 2 milligrammes, mais qu'il croyait de 3 centigrammes, lui procura un bien-être immédiat ; preuve de l'effet de l'imagination.

Cette observation montre que la démorphinisation peut être faite au cours d'une maladie grave.

M. Joffroy trouve que la conduite que doit tenir le médecin vis-à-vis d'un morphinomane en proie à une affection aiguë est difficile à résoudre, et que l'observation de M. Linossier est très intéressante à ce point de vue. Chez un tuberculeux avéré, morphinomane, M. Joffroy était arrivé à diminuer la morphine à la dose de 0 gr. 20, lorsque survinrent des accidents très accusés : fièvre plus vive, agitation, tachycardie avec affaiblissement et irrégularité des battements cardiaques, état lipothymique. En présence de ces accidents, M, Joffroy rendit au malade une plus grande quantité de morphine, les symptômes de collapsus disparurent, mais la tuberculose évolua rapidement et le malade succomba a une granulie terminale.

M. Le Gendre demande s'il n'est pas d'observation courante que les phtisiques que l'on morphinise sont parfois prolongés beaucoup plus longtemps qu'on ne le pensait ? Il a comparé souvent l'évolution de la phtisie à la même période chez des malades soumis à la morphine en injections sous-cutanées et chez ceux auxquels on n'administre des médicaments calmants que par la voie stomacale ; il a presque toujours vu les premiers rebondir pour ainsi dire sous l'influence des injections de morphine, alors qu'on les croyait définitivement terrassés, et survivre de beaucoup aux seconds. En faut-il conclure que la morphinisation

ralentit l'évolution de la tuberculose? Il ne le pense pas. Mais, en calmant la toux, en rendant le sommeil, en diminuant la diarrhée ou les sueurs, la morphine dimi nue la la dépression nerveuse et modifie l'état psychique dans un sens favorable. Elle permet à l'organisme de lutter plus longtemps contre l'infection tuberculeuse et les infections secondaires.

M. Ballet a observé une malade, tuberculeuse, chez laquelle la démorphinisation par la méthode d'Ehrlermeyer n'a été suivie d'aucune aggravation de la tuberculose.

M. Rendu croit qu'on fait une certaine confusion. Il croit comme Le Gendre que la morphine rend de grands services aux tuberculeux avancés, dont elle calme la toux, et qu'elle prolonge quelquefois d'une façon inespérée ; mais ce ne sont pas là à proprement parler des morphinomanes, se sont des tuberculeux, traités systématiquement par la morphine.

Au contraire, les vrais morphinomanes, qui deviennent tuberculeux, ont tout à gagner de la suppression de la morphine. Quant à la malade dont parlait M. Ballet et qu'il connaît parfaitement, depuis que sa morphinomanie a été guérie, sa santé générale s'est beaucoup améliorée, son embonpoint est revenu, et ses lésions pulmonaires se sont amendées.

M. Renon observe depuis six ans une malade morphinomane, prenant 20 centigrammes de morphine par jour, et qui est devenue tuberculeuse dans le cours de sa morphinomanie. Cette malade a été démorphinisée progressivement depuis le début de son affection, et sa tuberculose paraît aujourd'hui complètement guérie; elle a engraissé de 20 kilogrammes, et son état général est parfait. Ici, la

démorphinisation a été parallèle à la guérison de la tuberculose, et ce cas vient à l'appui du fait observé par MM. Ballet et Rendu.

III

M. Gaucher a observé, il y a quelques mois, un cas exceptionnel de récidive de rougeole.

Un petit garçon de 10 ans est atteint de rougeole le 2 juin 1899; il fait sa première sortie le 15 juin.

La mère, qui avait déjà eu la rougeole dans son enfance, est contagionnée par son enfant et s'alite le 17 juin avec une éruption morbilleuse typique et tous les symptômes habituels de la rougeole.

Le 5 juillet, l'enfant est atteint d'une nouvelle rougeole, précédée des prodromes caractéristiques, avec une éruption plus intense que la première fois et tous les signes classiques de la maladie.

C'est donc une récidive de rougeole au bout d'un mois.

M. Sevestre a également observé deux faits de rechute de rougeole à quelques jours ou à quelques semaines de distance, mais ce sont des cas absolument exceptionnels.

IV

(*Séance du 17 novembre*). — M. Gaucher s'est élevé depuis quelques années contre l'emploi des injections sous-cutanées de préparations insolubles de mercure et il vient, à l'appui de cette opinion, rapporter l'observation d'un cas d'intoxication mortelle.

Il s'agit d'un homme de 50 ans, soigné par le Dr Noël depuis le 10 mai dernier pour des fourmillements dans les jambes et des douleurs sciatiques bilatérales avec gêne de la marche, attribués à une névrite alcoolique.

La faiblesse des jambes augmentant, avec rétention d'urine et incontinence par regorgement, avec incontinence des matières fécales; un médecin appelé en consultation par la famille conseilla, bien qu'il n'y eut pas de signes de syphilis, de donner de l'iodure de potassium et de faire 5 à 6 injections de calomel à cinq jours d'intervalle.

Le Dr Noël se servit de la préparation de Vigier, dosée à 5 centigrammes de calomel par centimètre cube d'excipient, et fit trois injections : la première le 26 juin, la seconde le 1er juillet et la troisième le 6 juillet.

Le malade refusa de se laisser faire de nouvelles injections, bien qu'elles n'eussent déterminé aucune douleur. D'ailleurs son état ne s'était pas amélioré ; ses jambes ne pouvaient le supporter davantage. Le Dr Noël prescrivit la continuation de l'iodure de potassium en alternant avec des pilules de strychnine. Vers la fin de juillet, les douleurs ayant disparu, il conseilla le massage et l'électricité. Le 15 septembre, le malade pouvait se porter sur la jambe gauche et commençait à marcher avec des béquilles.

En somme, l'amélioration, quoique très lente, s'accentuait tous les jours, le malade continuant à alterner l'iodure de potassium et les pilules de strychnine. Deux ou trois fois la rétention d'urine produisit des symptômes de cystite qui cédèrent rapidement après quelques lavages de la vessie.

Vers le 15 octobre, le malade commença à se plaindre de troubles digestifs; bien qu'il eût toujours suivi un régime assez sévère, son appétit avait disparu et la digestion était devenue difficile; il dut reprendre le régime lacté.

Le 20 octobre, dans la matinée, il se plaignit pour la

première fois de violentes démangeaisons sur tout le corps, et le Dr Noël remarqua sur son front quelques plaques rouges semblables à celle de l'urticaire. Le foie était douloureux et débordait les fausses côtes de trois travers de doigt.

Le 21 octobre, la face était couverte d'une éruption intense, ressemblant à un rash rubéoliforme, et le prurit persistait sur tout le corps. Le malade fut pris de diarrhée sanguinolente et de vomissements; il ne pouvait même plus conserver le lait glacé.

A partir du 22 octobre, l'état général s'aggrave très rapidement. Pendant deux jours, il y eut trois ou quatre vomissements verdâtres, semblables à ceux de la péritonite; mais il n'y avait aucune douleur dans le ventre, spontanée ou à la pression, pas de ballonnement; le foie n'était presque plus sensible et semblait avoir repris son volume normal.

L'éruption, qui s'était atténuée à la face, envahit tout le corps progressivement de haut en bas; le thorax, le dos et l'abdomen se recouvrirent de plaques scarlatiniformes. Le malade était hébété, avec des lipothymies, un pouls à peine perceptible, des vomissements incessants, du ptyalisme, une haleine fétide, les gencives et la langue tuméfiées.

Le 27 octobre, M. Gaucher, appelé en consultation par le Dr Noël, trouva le malade couvert de larges plaques rouges, légèrement tuméfiées, dont quelques-unes sont déjà squameuses, dont d'autres sont couvertes de fines vésicules eczématiformes. Cette éruption occupe la face, le thorax, en avant et en arrière, l'abdomen et les membres; elle n'est pas absolument généralisée encore; il y a quelques intervalles de peau saine.

Son impression fut qu'il s'agissait d'un empoisonnement et vraisemblablement d'un empoisonnement mercuriel causé par les trois injections de calomel faites quatre mois auparavant.

L'état du malade était très grave. Il succomba du reste deux jours après dans un état syncopal.

« L'éruption sur le ventre et sur les jambes avait encore augmenté d'intensité dans la journée du 28 octobre. Sur le ventre surtout il n'y avait plus d'intervalles de peau saine ; on eût dit une violente éruption scarlatiniforme. »

Il est a remarquer dans cette observation, non seulement la longue durée qui a séparé les injections des symptômes d'empoisonnement, mais même la faiblesse de la dose ayant produit ces accidents mortels ; en effet le Dr Noël a injecté en trois fois 15 centigrammes de calomel.

Il y a donc lieu de conclure avec M. Gaucher qu'il faut faire les injections de préparations non solubles de mercure avec la plus grande prudence et qu'il vaudrait mieux se servir à l'habitude de produits solubles.

M. Merklen signale que les accidents tardifs d'intoxication mercurielle peuvent être observés après l'emploi du mercure par l'estomac. Il y a quelques années, il a observé chez une artério-scléreuse asystolique un cas de stomatite mercurielle tardive, d'ailleurs, suivie de guérison, quinze jours environ après la suspension du calomel, qui avait été administré comme diurétique à la dose quotidienne de 5 à 10 centigrammes.

Il trouve les conclusions de M. Gaucher excessives et il a employé les injections de calomel sans aucun accidents chez plusieurs malades, dont les reins, le foie et les gencives étaient en bon état.

M. Balzer combat les conclusions de M. Gaucher car

tous les modes d'administration du mercure frictions, ingestion, injections peuvent être suivis d'accidents d'intoxication graves, même mortels. Il y a donc lieu de s'assurer du bon état des principaux viscères avant d'employer ce médicament à doses massives.

Dans le cas de M. Gaucher l'état antérieur du malade le mettait dans de mauvaises conditions.

Il fait remarquer en outre que deux des principaux symptômes de l'intoxication mercurielle ont fait défaut dans ce cas : l'entéro-colite dysentériforme et l'albuminurie.

M. L. Guinon a observé une albuminurie intense chez une dame qui fut traitée d'une petite tumeur du sein d'apparence gommeuse, par des injections de succinate de mercure. Cette albuminurie guérit du reste assez rapidement.

M. Rendu se rallie aux conclusions de M. Gaucher et est d'avis d'employer pour les injections des sels solubles dont l'élimination est plus régulière. Il faut retenir surtout de l'observation de M. Gaucher que les sels insolubles de mercure, injectés, peuvent rester des semaines et des mois sans être absorbés, et qu'un beau jour leur accumulation peut donner lieu à des accidents formidables.

M. Joffroy fait remarquer que l'état des malades doit tenir une grande place dans la détermination de la dose de mercure à injecter. C'est un fait établi pour tous les toxiques.

Dans les recherches qu'il a fait sur les animaux pour établir le coefficient de toxicité de certaines substances, il a toujours observé que, chez les animaux bien portants,

dans de bonnes conditions, on arrivait toujours à un chiffre très analogue pour la même substance. Ainsi, dans cinq expériences consécutives faites sur des chiens pour déterminer le coefficient de la toxicité expérimentale du furfurol, on a trouvé les chiffres de 0,23 dans la première et la cinquième, de 0,20 dans la seconde et la troisième, et de 0,21 dans la quatrième, c'est-à-dire des résultats aussi identiques que possible.

Par contre, chez des animaux malades, en mauvais état, on trouve qu'il faut une quantité moindre pour produire des accidents mortels : ainsi, pour l'alcool éthylique, dont le coefficient de toxicité vraie est chez le chien de 8 centimètres cubes par kilogramme, et chez le lapin de 7 cc. 55.

Si on opère sur des animaux souffrants, mal nourris, ayant de la diarrhée, en un mot en mauvais état, le coefficient s'abaisse, la toxicité paraît s'élever et il suffit parfois de 4 centimètres cubes, de 3 centimètres cubes et même de 2 centimètres cubes d'alcool éthylique pour donner lieu à des accidents mortels.

En somme, l'organisme réagit à l'égard des poisons de la même manière que celui des animaux, et il appartient au médecin de tenir compte dans la détermination des doses qu'il prescrit de l'état général du malade.

A la séance suivante (24 *novembre*). M. Danlos est venu prendre la défense des injections de calomel. Il accepte que le malade de M. Gaucher est bien mort d'une intoxication mercurielle bien que certains de ses caractères aient manqué. Il pense que c'est un fait malheureux causé par une idiosyncrasie, une intolérance individuelle ; il ajoute que les injections solubles ont aussi, à leur actif, quelques accidents.

Il croit qu'il faut attendre d'autres observations d'accidents pour proscrire les injections de calomel qui sont un moyen héroïque dans certains cas rebelles et qu'on ne pourrait remplacer à son avis.

M. Gaucher répond qu'il est bien près de s'entendre avec M. Danlos, qui considère lui-même l'injection de calomel comme un traitement exceptionnel; il pense que les injections de sels solubles peuvent produire des résultats aussi favorables.

Quant à son malade, il a présenté des selles sanguinolentes; l'albuminurie n'a pas été recherchée à la fin de sa vie, les urines n'ayant pu être examinées.

D[r] Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

Bacille de la dysenterie.

M. Roger fait à la Société de biologie la communication suivante:

Ayant eu l'occasion d'observer cet été 7 cas de dysenterie nostras, j'ai pu isoler des déjections alvines un bacille pathogène. On l'obtient en semant le mucus intestinal dans du bouillon et en injectant le lendemain quelques gouttes de cette culture impure dans les veines d'un lapin. L'animal succombe très rapidement. Le sang et les organes renferment un grand nombre de bacilles ressemblant à celui du charbon ; ils s'en distinguent cependant par leurs dimensions plus courtes et par leurs extrémités arrondies ; ils sont d'ailleurs mobiles et se décolorent par le procédé de Gram.

Ce microbe se développe sur tous les milieux usités en bactériologie: l'injection de quelques gouttes d'une culture pure dans les veines d'un lapin détermine la mort au bout d'un laps de temps plus ou moins variable; mais déjà après vingt-quatre heures l'animal présente une diarrhée sanguinolente, et s'il survit plus longtemps on trouve au niveau du gros intestin des ulcérations profondes, à bords déchiquetés, analogues à celles de la dysenterie.

J'ai fait simultanément des recherches sur les selles d'individus bien portants ou atteints de diarrhée cholériforme et jamais je n'y ai rencontré le bacille que je viens de décrire ; c'est sur l'ensemble de ces résultats que je m'appuie pour considérer ce microorganisme comme l'agent pathogène de l'entérite dysentériforme observée chez mes malades. (*Semaine médicale*, 11 octob re

Effets de l'ingestion de crachats tuberculeux humains chez les poissons.

MM. Nicolas et Lesieur (de Lyon). — Ayant fait ingérer, pendant sept mois, à de jeunes carpes et à des cyprins dorés des crachats tuberculeux fourmillant de bacilles de Koch, nous n'avons pas pu déceler par les colorations et le microscope la présence de ces bacilles dans les organes des poissons sur lesquels ont porté nos expériences, mais nous les avons retrouvés en masse dans les abcès et les ganglions caséeux des cobayes inoculés avec les muscles et les intestins de ces poissons. (*Semaine médicale*, 11 octobre).

Traitement de la sciatique par l'ichtyol administré a l'intérieur.

Après avoir employé, sans grand succès, tous les nom

breux moyens symptomatiques qui ont été préconisés à tour de rôle contre la sciatique, M. le Dr J. Crocq, agrégé à la Faculté de médecine de Bruxelles, eut l'idée d'expérimenter dans cette maladie l'usage interne de l'ichtyol. Ce médicament, dont les propriétés analgésiques sont bien connues, est souvent utilisé en applications locales dans les névralgies et les affections rhumatismales, mais on ne paraît pas l'avoir encore administré à l'intérieur contre la sciatique. Or, dès les premiers essais, cette médication a donné à M. Crocq les résultats les plus encourageants. Notre confrère fait prendre chaque jour de 6 à 8 capsules contenant chacune 0 gr. 10 centigrammes d'ichtyol et il prescrit, en outre, des onctions sur les parties douloureuses avec le mélange ci-dessous formulé ;

Ichtyol		20 grammes
Baume tranquille .	ââ	30 —
Chloroforme. . . .		

Mêlez. — Usage externe.

De 20 sciatiques rebelles traitées de la sorte, 14 ont guéri, 4 ont été améliorées au point que les patients ont pu reprendre, tout au moins en partie, leurs occupations habituelles, et deux fois seulement l'état des malades n'a pas été modifié. De ces faits M. Crocq conclut que l'ichtyol, sans être un remède infaillible de la sciatique, n'en constitue pas moins le moyen le plus efficace dont nous disposons contre cette affection. Il va de soi que cette médication n'exclut pas l'usage simultané d'autres analgésiques, destinés à calmer momentanément les sensations douloureuses, en attendant que l'action de l'ichtyol, plus lente mais plus radicale, ait le temps de se produire. (*Semaine médicale*, 11 juin).

L'ANÉMONE CONTRE LE CORYZA AIGU.

Voici encore une de nos vieilles connaissances, la pulsatille découverte par un allopathe comme traitement du coryza; il y a pourtant assez longtemps que c'est un traitement classique en homœopathie.

De toutes les préparations d'anémone, la meilleure est l'*alcoolature* de racine. On ne doit employer l'anémone qu'à l'état frais; la racine fraîche, qui contient plus de principe actif que les autres parties de la plante, doit avoir la préférence.

On prépare l'alcoolature de racine d'anémone en faisant macérer pendant quinze jours 1 kilo de cette racine dans 1 kilo d'alcool à 90 degrés; on presse et on filtre. Cette préparation s'emploie à la dose de 2 à 4 grammes par jour.

Voici les formules proposées par M. P. Vigier:

1° Anémonine . . . . . 1 gramme
Sucre pilé. . . . . . 9 —

Mêlez et divisez en 100 paquets. En prendre 2 par jour.

2° Anémonine . . . . . 1 gramme
Poudre de réglisse . . 2 —
Sirop de gomme. . . Q. S.

Pour 100 pilules. A prendre comme les prises.

3° Sirop d'alcoolature de racine d'anémone.
Sirop de fleurs d'oranger . . 95 gr.
Alcoolature de racine d'anémone . . . . 5 —

Mêlez.

Chaque cuillerée à bouche contient 1 gramme d'alcoo-

lature. En prendre de 2 à 4 cuillerées par jour dans de l'eau. (*Journal de médecine de Paris*).

Effets psychiques de la caféine

M. Leduc. La caféine n'est pas seulement susceptible de produire un délire aigu et violent chez des malades auxquels on l'administre à hautes doses, mais, employée à doses faibles et prolongées, elle peut produire un état très pénible de mélancolie à forme spéciale, avec crises de désespoir et de larmes, pouvant conduire au suicide, et susceptibles de persister longtemps après la cessation du médicament. (*France médicale*, 29 sept.).

Le murier comme diurétique.

Froitzky, âgé de 80 ans, souffrant depuis dix ans d'œdème des pieds, a essayé sur lui-même les effets du *Rubus chamœmorus*.

L'*Adonis vernalis*, qui, dans le principe, lui avait donné de bons résultats à cause de son action diurétique, fut infidèle ensuite. Il eut alors recours à l'emploi des feuilles de mûrier, remède diurétique populaire en Sibérie, et dont la promptitude et l'efficacité ne se sont pas démenties pendant cinq ans. L'auteur fait préparer une infusion de la manière suivante :

Feuilles de mûrier . . 2 gr. 50
Eau bouillante . . . . 2 tasses.

Laisser infuser huit à dix heures en lieu chaud, prendre une tasse le matin et une le soir. La saveur de cette infusion n'est pas désagréable. Elle a une forte odeur de thé. On en continue l'usage pendant trois jours. La sécrétion de l'urine va graduellement en augmentant :

de 54 onces par vingt-quatre heures au début, elle s'élève à 65, 72 et finalement à 88 onces. (*Gazette des hôpitaux*, 17 octobre).

DE L'ADMINISTRATION DE LA CAFÉINE DANS LES CARDIOPATHIES

Le professeur Zenietz attire l'attention des praticiens sur la divergence qui existe dans l'opinion des cliniciens sur l'action de la caféine sur le muscle cardiaque et sur les dangers de son emploi à dose tant soit peu élevée.

En ce qui concerne son action, la caféine serait pour Lépine, Riegal, S.-P. Botkine, un diurétique par excellence et un régulateur du cœur; les uns (Schmiedeberg, Nothnagel), ont constaté, sous son influence, une accélération du pouls, tandis que d'autres ont plutôt trouvé un ralentissement. C. Paul la considérait comme un excitant du cœur, et Dujardin-Beaumetz comme un modérateur à dose moyenne et toxique à dose élevée, tandis que, pour Huchard et Lépine, elle n'exerce d'action favorable qu'à dose élevée. On voit donc que bien des médecins sont enclins à prescrire la caféine à dose élevée. Or, M. Zenietz est absolument convaincu, en s'appuyant sur ses nombreuses observations, qu'à cette dose la caféine agit absolument comme un poison cardiaque, amenant la mort instantanée, avec arrêt du cœur en systole, contrairement à ce qu'on observe chez les animaux qui meurent aussi instantanément, mais avec arrêt du cœur en diastole. De même on a tort de l'administrer dans la pneumonie, surtout chez les vieillards, et l'auteur a observé des cas de mort absolument imputables, non pas au processus de la pneumonie, mais à la caféine administrée à la dose de 60 centigrammes par jour, pendant deux ou trois jours,

car les malades ont succombé brusquement, et à l'autopsie on a trouvé le cœur absolument tétanisé.

Pour résoudre ses doutes, l'auteur a institué une série d'observations systématiques sur des malades rénaux et cardio-rénaux, auxquels il administrait de 20 à 30 centigrammes de caféine pure, deux ou trois fois par jour. Ces observations ont démontré que, sous l'influence de la caféine, la pression, examinée à la radiale, à l'aide du sphygmomanomètre, augmentait dès le lendemain du traitement, le pouls devenait plus plein, mais sans devenir plus fréquent ; les urines devenaient plus abondantes, et les œdèmes diminuaient, quoique très lentement. Mais après quatre, cinq, six jours, les malades commençaient à se plaindre de serrement intra-thoracique, de dypsnée, d'agitation nocturne; dans certains cas, on pouvait en même temps constater par la percussion la diminution de la zone de matité cardiaque. On arrêtait donc l'administration de la caféine, et si l'on administrait ensuite un médicament indifférent, on notait un abaissement de la pression et une diminution de la diurèse, et en même temps une amélioration de l'état général. Mais, ce qui est particulièrement important, c'est que l'auteur a pu se convaincre, par ces observations, que la caféine possède, comme la digitale, une action cumulative. Pendant les dix ou quinze jours de traitement indifférent qui suivaient l'administration de la caféine, on pouvait encore déceler celle-ci dans les urines. Ce fait est assez important pour mériter l'attention. Il va de soi que plus le filtre rénal est altéré, plus l'élimination se fait mal, et plus on a de chances de voir la caféine s'accumuler dans l'organisme et l'intoxiquer. On a donc tort de considérer la caféine comme le diurétique par excellence, puisque c'est préci-

sément dans les lésions rénales qu'elle est contre-indiquée. De même on devrait s'abstenir de prescrire la caféine aux artério-scléreux et dans l'angine de poitrine des artério-scléreux, car les échanges étant déjà chez ces malades notablement abaissés, le médicament en question peut avoir une action désastreuse par suite de son accumulation.

Toutes ces réflexions s'appliquent, *a priori*, aussi à la théobromine. (*Wratch*, 1899, n° 14, et *Gazette des hôpitaux*, 19 septembre).

ESSAI DE TRANSPLANTATION D'OVAIRE HUMAIN

A la suite de l'ablation ou de la destruction prématurée des ovaires, il est fréquent d'observer des troubles de diverse nature. C'est pour remédier à ces inconvénients qu'on s'est efforcé, au cours des opérations, de laisser tout ce qu'il est possible de substance ovarienne, ou que l'on est conduit à traiter les opérées par différents extraits d'ovaires. Dans le *Medical News*, J.-H. Glass donne la relation d'un essai de transplantation de l'ovaire sain d'une malade à une autre, qui aurait donné des résultats satisfaisants.

Une première malade, âgée de 39 ans, avait dû subir deux ans auparavant une double castration, et depuis lors, se plaignait de tous les troubles d'une ménopause anticipée : dépression mentale, vertiges, palpitations, bouffées de chaleur, perte de l'appétit sexuel, etc.

Une seconde malade, âgée de 17 ans, avait eu, consécutivement à un accouchement long et pénible, un sphacèle étendu du vagin qui n'avait laissé, après cicatrisation, qu'un canal étroit et rigide. Tout accouchement par les voies naturelles devenant impossible, la malade, en prévision d'une opération césarienne éventuelle, avait

demandé à être mise dans l'impossibilité de concevoir à nouveau. On décida donc d'enlever un ovaire d'un côté et une trompe de l'autre.

Les deux malades, consultées, ayant consenti, l'une à donner son ovaire et l'autre à le recevoir, l'opération fut pratiquée de la façon suivante : après anesthésie, l'ovaire de la deuxième malade est enlevé et recueilli provisoirement dans la gaze stérilisée et chaude. Après anesthésie également, on fait à la premième malade l'incision d'un cul-de-sac vaginal jusqu'au péritoine, autant que possible à la place ordinaire de l'ovaire ; l'ovaire fut mis en place, et l'incision fermée au catgut.

Guérison sans incident. Six jours après la transplantation de l'ovaire, l'instinct sexuel se réveillait ; quinze jours plus tard, les règles apparurent et durèrent pendant deux jours. L'état général est excellent, et l'opérée déclare se bien trouver. (J.-H. Glass. *Med. News*, 29 avril 1899, et *Gazette des hôpitaux*, 12 août.)

Action de l'antipyrine sur le nez.

Le Dr Camus (de Saint-Georges de Didonne) rapporte l'observation suivante :

Mme C..., 33 ans, de mère morte tuberculeuse, est atteinte de congestion du sommet. Deux mois plus tard elle présente tous les symptômes de l'hypersthénie gastrique et simultanément des crises de névralgie faciale très douloureuse.

Des cachets de sulfate de quinine et antipyrine la soulagent dès les premières doses; mais non sans provoquer des phénomènes curieux d'intolérance qui font l'intérêt de cette observation. Un quart d'heure après l'absorption

d'un cachet composé d'antipyrine 0.50 et quinine 0,20, elle est prise d'une crise d'éternuements incoercibles et continus. La crise dure vingt minutes, elle s'accompagne de coryza dont la durée persiste environ une heure avec quelque gêne de la respiration : pouls normal, pas de cyanose, pas d'éruption.

La quinine seule ne provoque rien de semblable, l'antipyrine seule et à 50 centigr. amène la reproduction de ces accidents. La phénacétine, à laquelle la malade doit recourir pour échapper aux malaises provoqués par l'antipyrine, soulage la malade sans aucun signe d'intolérance.

La malade n'est ni asthmatique ni nerveuse.

(*Gazette des hôpitaux*, 25 août 1898).

Traitement de la fièvre des foins par l'extrait de capsule surrénale.

Le D[r] Solis-Cohen raconte que, souffrant depuis de longues années de la fièvre des foins, et n'éprouvant des traitements ordinaires institués en pareil cas qu'un soulagement passager, il expérimenta l'extrait fraîchement préparé de capsules surrénales de mouton. Cette préparation, sous l'influence de laquelle les vaisseaux se contractent, devait, pensait-il, avoir une action aussi bien locale que générale et produire son effet sur la muqueuse nasale. Elle avait de plus sur l'atropine, dont les effets sont semblables, l'avantage de n'avoir d'action ni sur la vue, ni sur le goût ; la dose absorbée fut de 0,25 centigrammes cinq fois par jour. L'expérience fut concluante. Les symptômes pénibles s'amendèrent en quelques jours. Les éternuements cessèrent ainsi que l'hydrorrée et le résultat

final fut des plus satisfaisants. (*The Philad. med. Journ.* et *Gazette des hopitaux*, 10 oct.).

LE MASSAGE DANS LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE BASEDOW.

M. le Dr Zabludowski (de Berlin) obtient chez les basedowiens, surtout s'ils présentent un goître de consistance molle et animé de pulsations, une amélioration sensible des principaux symptômes morbides par le massage du corps thyroïde, associé à des pressions vibratoires sur le trajet de certains nerfs et à la gymnastique passive.

Avec les deux mains on exerce un pétrissage énergique du goître, aussi bien dans le sens horizontal que vertical, comme s'il s'agissait d'exprimer une éponge. Ces compressions seraient bien supportées, à la condition de ne pas intéresser tout le corps thyroïde à la fois, mais d'abord une moitié de la glande, puis l'autre. Chez les sujets très sensibles, ce pétrissage est pratiqué avec une main, tandis que de l'autre on tapote la colonne vertébrale, manœuvre qui exerce une influence des plus favorables sur la tachycardie. Ensuite on procède à des pressions vibratoires et intermittentes, exercées avec les doigts au niveau des parties les plus accessibles des nerfs pneumogastriques, grands sympathiques, occipitaux, cervicaux et intercostaux. Enfin on passe aux exercices de gymnastique passive ayant pour but de fortifier les muscles du tronc et des membres, qui, chez les basedowiens, se trouvent affaiblis du fait des troubles de la nutrition.

Au bout de quatre ou six semaines de ce traitement on verrait s'amender les palpitations du cœur et les crises sudorales, en même temps que l'état général s'améliore-

rait et que la force musculaire augmenterait d'une façon manifeste (*Semaine médicale*, 11 novembre).

TROUBLES NERVEUX ET TREMBLEMENT OBSERVÉS CHEZ UN ADDISONNIEN A LA SUITE D'INJECTIONS D'EXTRAIT DE CAPSULES SURRÉNALES DE VEAU.

M. BOINET (de Marseille) publie l'observation d'un homme de 35 ans, atteint de maladie d'Addison depuis six mois, qui à la suite d'injections trop fréquemment répétées (tous les trois jours) de 1 c. c. d'extrait glycériné de capsules surrénales de veau devint nerveux, irritable, et fut pris d'un tremblement continu des membres supérieurs.

La suppression des injections de suc capsulaire et une cure d'hydrothérapie firent cesser tous les accidents.

Les troubles nerveux présentés par ce malade étaient donc attribuables aux doses exagérées d'extrait glycériné de capsules surrénales qu'il a absorbées. De son côté, M. Livon a remarqué que l'injection à forte dose de cette substance dans le tissu cellulaire sous-cutané du lapin déterminait parfois un tremblement généralisé et une trémulation musculaire passagère.

(*Semaine médicale*, 22 novembre).

Ne pourrions-nous pas essayer l'extrait de capsules surrénales à doses homœopathiques dans le traitement des tremblements, si difficiles à guérir d'ordinaire.

LE RÉGIME ALIMENTAIRE DES HYPERCHLORHYDRIQUES DOIT-IL ÊTRE ANIMAL OU VÉGÉTAL ?

La question étant très controversée M. le docteur W. Bachmann a institué dans le service de M. le docteur

J. V. Runeberg, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine d'Helsingfors, sur 12 sujets atteints d'hyperchlorhydrie ou de gastrosucorrhée, des recherches destinées à faire déterminer d'une façon rigoureuse le chimisme stomacal sous l'influence de divers genres d'alimentation. Ces expériences ont montré que ce sont, en premier lieu, les viandes (beefsteak) et, ensuite, les œufs qui augmentent le plus la sécrétion de suc gastrique chez les hyperchlorhydriques, tandis que le pain, les purées végétales et le lait excitent beaucoup moins la muqueuse de l'estomac. Lorsqu'il s'agit d'un régime mixte, les aliments dans lesquels prédominent les albumines animales provoquent également une sécrétion plus abondante d'acide chlorhydrique que les mets composés en grande partie de substances végétales. Enfin, le beurre et la crème, ajoutés à un aliment quelconque, diminuent sensiblement la quantité d'acide chlorhydrique que l'estomac aurait sécrété si cet aliment avait été ingéré seul.

Que dans l'hyperchlorhydrie le régime carné réduise au minimum les troubles éprouvés par le patient au cours de la digestion et que ce régime remplisse, par conséquent, une indication symptomatique, il n'en reste pas moins qu'en bonne thérapeutique l'indication tirée de la maladie elle-même doit primer toute mesure palliative. Se plaçant à ce point de vue, il importe d'éviter toute irritation fonctionnelle excessive de l'organe atteint, d'où découle, pour la diététique de l'hyperchlorydrie, l'indication capitale de recommander l'usage des aliments qui stimulent le moins la sécrétion gastrique. Cela étant, le pain et les purées végétales méritent, d'après M. Bachmann, d'être préférés à la viande et aux œufs pour l'alimentation des malades de ce genre, à moins qu'il ne s'agisse d'une hyper-

chlorhydrie très acentuée dans laquelle la digestion des subtances amylacées se trouve entravée. Quant au beurre et à la crème, leur usage doit être considéré comme indispensable aux hyperchlorhydriques. (*Semaine médicale*, 11 novembre).

Régression rapide du zona sous l'influence de la cocaïne.

Parmi les moyens analgésiques qu'on a essayés contre les douleurs dont s'accompagnent les éruptions du zona, la cocaïne a souvent été employée, et cependant personne ne paraît avoir encore constaté le fait que signale M. le docteur Bleuler, professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Zurich, à savoir que le médicament en question est susceptible non seulement d'amender les phénomènes douloureux liés à l'herpès zoster, mais qu'il provoque aussi presque instantanément la régression de l'éruption, amenant sa disparition complète en l'espace de quelques jours.

Actuellement, M. Bleuler dispose d'un total de 23 cas de guérison rapide du zona sous l'influence de la cocaïne. Le procédé utilisé par notre confrère consiste à étendre sur la partie atteinte, au moyen d'un pinceau ou simplement avec le doigt, une couche de pommade composée par parties égales de lanoline et de vaseline et contenant 1 p. 100 de chlorhydrate de cocaïne, puis à recouvrir la région d'un petit linge enduit de cette même pommade. (*Semaine médicale*, 22 novembre).

TABLE DES MATIÈRES

N

Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille. Paris.

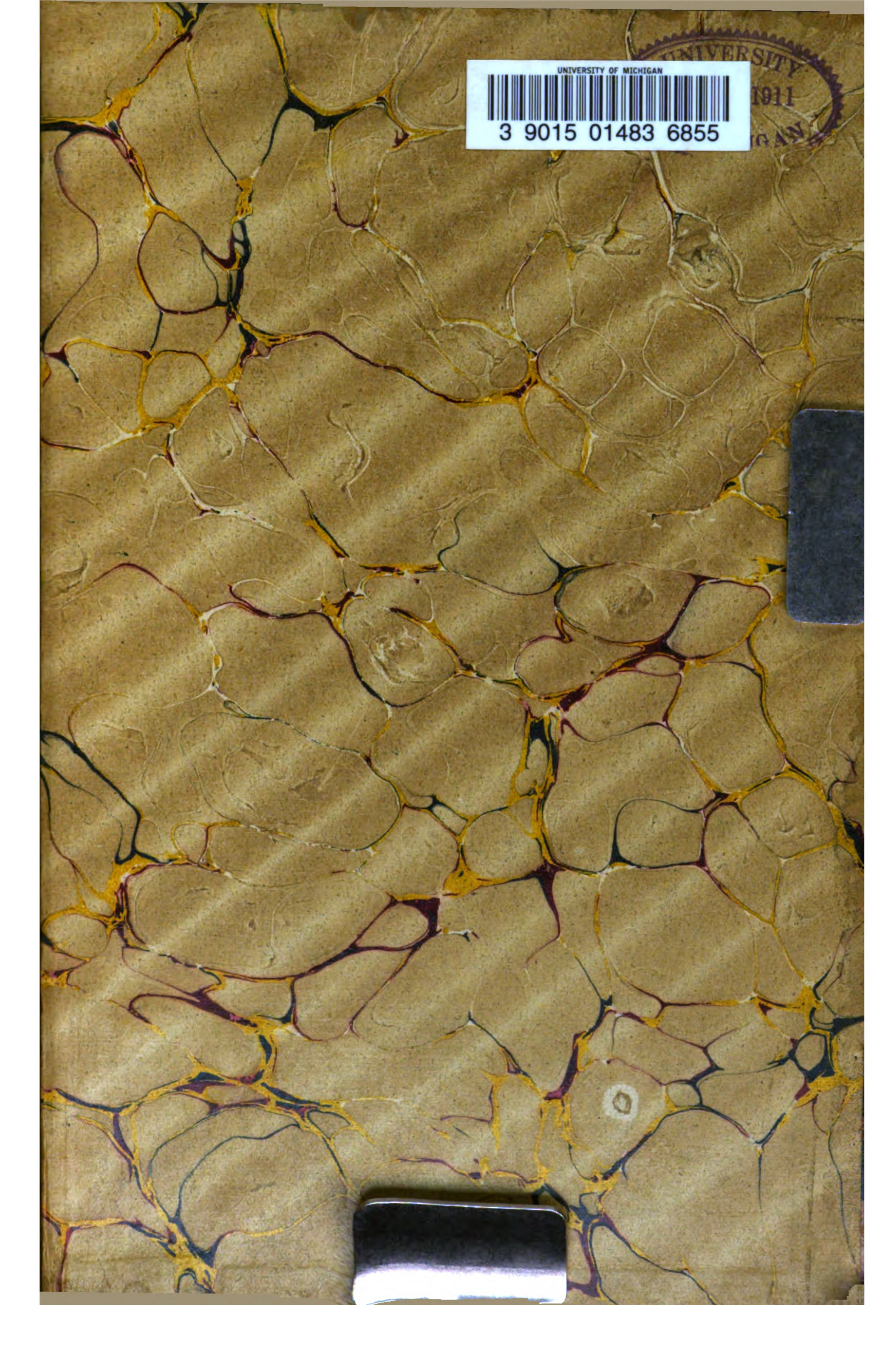
La Tuberculose (Contagion, hérédité, traitement), par le Dr P. Jousset. Prix. . . . . 3 fr.

Eléments de Pathologie et de Thérapeutique générale, 2e *édition*, revue et augmentée, par le Dr P. Jousset· Prix. . . . . , . . 4 fr.

Le Directeur-Gérant : P. Jousset.

Paris — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 01483 6855
UNIVERSITY
1911
IGAN

